

# Hoe oordelen chronisch zieken over de huisartsenzorg?

M. WENSING  
R. GROL  
A. SMITS  
P. VAN MONTFORT

Wensing M, Grol R, Smits A, Van Montfort P. Hoe oordelen chronisch zieken over de huisartsenzorg? *Huisarts Wet* 1996; 39(9): 402-7.

**Samenvatting** De praktische relevantie van peilingen onder patiënten in de huisartspraktijk naar hun oordelen over de zorg moet nog worden aangetoond. Een belangrijke vraag in dit verband is in hoeverre deze oordelen variëren tussen patiënten en tussen huisartsen. In een explorerende studie werd deze variatie onderzocht. In acht huisartspraktijken werd een enquête uitgevoerd, waaraan 671 patiënten meewerkten. Uit de analyses bleek dat chronische en acute patiënten in een aantal opzichten verschillend over hun huisarts oordelen. Huisartsen werden onderling verschillend beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk. De samenstelling van de onderzochte patiëntenpopulatie liep uiteen tussen de huisartsen, maar dit verklaarde de verschillende beoordeling van huisartsen door patiënten niet volledig. De oordelen van patiënten zijn gevoelig voor verschillen tussen huisartsen. Men dient echter ook rekening te houden met de samenstelling van de ondervraagde patiëntenpopulatie als de mening van patiënten over de verkregen zorg wordt gepeild.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit KUN/RL, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.  
Drs. M. Wensing, onderzoeker;  
Prof.dr. R. Grol, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Dr. A. Smits, psycholoog;  
Drs. P. van Montfort, onderzoeksassistente.  
Correspondentie: Drs. M. Wensing

## Inleiding

Van huisartsen wordt gevraagd dat zij het perspectief van patiënten betrekken bij de bewaking en verbetering van de kwaliteit van hun zorg.<sup>1</sup> Daarvoor zijn verschillende methoden beschikbaar, zoals klachtenprocedures, ideeënbussen of regelmatige enquêtes onder patiënten naar hun beleving en verwachtingen ten aanzien van de zorg. Vooral patiënten met chronische aandoeningen lijken in aanmerking te komen voor het leveren van commentaar, omdat zij regelmatig zorg ontvangen en over voldoende ervaring met de zorg beschikken om een aantal aspecten van de zorgverlening goed te kunnen beoordelen. Bovendien zorgen chronische patiënten voor een aanzienlijk deel van de werklast van de huisarts.<sup>2</sup>

De praktische relevantie van dergelijke peilingen onder patiënten voor de huisarts moet nog worden aangetoond.<sup>3</sup> Van belang lijkt dat de peiling betrekking heeft op concrete aspecten van de zorg, die belangrijk zijn voor patiënten en waarover zij goed kunnen oordelen. De uitkomsten kunnen niet worden opgevat als een directe indicatie van de kwaliteit van zorg, maar zij kunnen de huisarts wel stimuleren tot bezinning op de eigen werkwijze. Belangrijk daarbij is dat het uitvoeren van een dergelijke peiling geen onoverkomelijke belasting voor de huisarts betekent. Tot slot is van belang dat de mening van patiënten gevoelig is voor verschillen en veranderingen in de wijze van zorgverlening en niet uitsluitend afhangt van patiëntkenmerken. Wanneer deze gevoeligheid onvoldoende is, zou de uitkomst van een patiëntenenquête meer afhangen van de samenstelling van de ondervraagde patiëntenpopulatie dan van de werkwijze van de huisarts.

In een explorerende studie onderzochten wij de variatie in de oordelen van patiënten over de huisartsgeneeskundige zorg. Deze oordelen drukken een positieve of negatieve evaluatie van de ervaren zorg uit en moeten worden onderscheiden van behoeften of wensen (die uitdrukken welke zorg men zou willen) en van feitelijke ervaringen van de patiënt in de gezond-

heidszorg. Onze studie richtte zich op de vraag in hoeverre deze oordelen variëren tussen patiënten en tussen huisartsen. De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

- In welk opzicht oordelen chronische en acute patiënten verschillend over hun huisarts? Welke verschillen bestaan tussen patiënten met verschillende chronische aandoeningen?
- Worden huisartsen verschillend beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk? Zo ja, in welke mate worden deze verschillen verklaard door de samenstelling van de patiëntenpopulatie?

## Methode

### Onderzoekspopulatie

De onderzoeksgegevens werden verzameld door middel van een enquête in acht praktijken in landelijke gebieden in het oosten van Nederland. De desbetreffende acht solo-huisartsen benaderden ieder 65 patiënten met een chronische aandoening en 65 patiënten met een acute aandoening (hier verder respectievelijk 'chronische' en 'acute' patiënten genoemd). Onder chronische patiënten werden verstaan: patiënten met één of meer van de volgende aandoeningen: Cara, diabetes mellitus, chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten, en migraine. Onder de acute patiënten werden patiënten met een bekende chronische aandoening uitgesloten. Patiënten die niet in staat werden geacht om aan de enquête mee te werken (te jong, ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke handicap) werden eveneens uitgesloten.

Er werden twee methoden toegepast om zowel recente als minder recente bezoekers van het spreekuur te bereiken:

- Iedere huisarts of de assistente gaf een schriftelijke vragenlijst aan 25 chronische patiënten en 25 acute patiënten die opeenvolgend het spreekuur bezochten. De huisartsen kozen daartoe zelf een startpunt.
- Iedere huisarts stuurde een vragenlijst aan een systematisch getrokken steek-

proef van 40 chronische patiënten en 40 acute patiënten. De chronische patiënten werden getrokken uit het geautomatiseerde patiëntenregister (zeven praktijken) of de kaartenbak (één praktijk); de acute patiënten werden getrokken uit het afsprakenboek.

Alle patiënten konden de vragenlijst thuis invullen en deze vervolgens opsturen naar de onderzoekers. De huisartsen kregen achteraf een rapport met een samenvatting van de resultaten.

### Variabelen en operationalisering

In een vooronderzoek werd door een panel van chronisch zieke patiënten en huisartsen nagegaan welke aspecten van huisartsenzorg belangrijk zijn in de zorgverlening aan chronische patiënten, en bij welke elementen een patiëntenoordeel zinnig zou kunnen zijn.<sup>4</sup> Op basis hiervan werd een vragenlijst ontwikkeld, die vervolgens werd getest in een enquête in zes huisartspraktijken, waaraan 249 chronische patiënten meewerkten. Op basis van de uitkomsten hiervan werden vragen geselecteerd met een hoge item-respons en een goede spreiding van de antwoorden. Dit leidde tot de vragenlijst die in dit onderzoek is toegepast.

In deze lijst zijn in totaal 62 vragen voor 19 aspecten van huisartsenzorg opgenomen, 3 of 4 vragen per aspect. Bij 16 aspecten werd een zespuntsschaal toegepast met de antwoordcategorieën 'onvoldoende', 'voldoende', 'ruim voldoende', 'goed', 'zeer goed' en 'uitstekend'. Bij twee aspecten werd gevraagd naar ervaren behoeften aan meer zorg, waarbij er drie antwoordcategorieën waren: 'ja graag', 'maakt niet uit', 'nee liever niet'. Cronbach's alfa per aspect varieerde van 0,54 tot 0,94. Eén aspect ('privacy') blijft hier buiten beschouwing, omdat hierbij alleen 'ja/nee'-vragen werden gesteld naar feitelijke ervaringen.

In de vragenlijst werd ook gevraagd naar een aantal achtergrondgegevens: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat (vijf antwoordcategorieën), hoogste opleiding (negen antwoordcategorieën), aantal keren bij de huisarts in het afgelopen halfjaar, wel/niet onder behandeling van een

specialist en zelf-gerapporteerde chronische aandoening (een lijst van zes aandoeningen en een categorie 'andere').

### Analyse

Ten behoeve van de analyse werd per aspect vastgesteld bij welk percentage van de vragen voor dat aspect de meest positieve antwoordcategorieën waren gebruikt, dat wil zeggen 'goed', 'zeer goed' of 'uitstekend' bij de vragen met de zespuntsschaal, en 'maakt mij niet uit' of 'liever niet' bij de vragen naar behoefte aan meer zorg. Alleen patiënten die alle vragen voor het desbetreffende aspect hadden ingevuld (anders dan 'weet niet/geen mening') werden meegeteld, zodat de percentages niet door non-respons worden beïnvloed. Daarnaast werd per aspect vastgesteld bij welk percentage van de vragen door de ondervraagde patiënten een mening was gegeven, anders dan 'weet niet/geen mening'.

Verschillen tussen categorieën patiënten en tussen huisartsen werden bij intervalvariabelen getoetst met een t-toets en in andere gevallen met een Chi-kwadraattoets. Waar mogelijk werd een overalltoets uitgevoerd, waarin de significantie van een aantal vergelijkingen tegelijk werd nagegaan (Hotellings  $T^2$ ). P-waarden  $<0,05$  werden als significant beschouwd. In de vergelijking tussen patiënten met verschillende chronische aandoeningen werden alleen patiënten opgenomen die door de huisartsen als 'chronische patiënt' waren geselecteerd. Omdat de patiëntencategorieën elkaar door comorbiditeit deels overlappen, werd hierbij steeds een vergelijking gemaakt tussen een bepaalde categorie en de overige patiënten.

Tot slot werd voor elk aspect een stapsgewijze regressie-analyse uitgevoerd om de invloed van patiëntkenmerken en huisartskenmerken op het oordeel over de huisarts te exploreren. Afhankelijke variabelen hierin waren de oordelen van patiënten per aspect van zorg. Onafhankelijke variabelen waren geslacht, leeftijd, burgerlijke staat (gedichotomiseerd in 'wel/niet gehuwd of samenwonend'), opleiding, ziektenfondsverzekering, lidmaatschap van patiëntenorganisatie, frequentie

van huisartsbezoek, huisarts (dummy-variabelen), chronische aandoening (wel/geen).

### Resultaten

In totaal stuurden 345 chronische patiënten en 326 acute patiënten een vragenlijst terug (respectievelijk 66 en 63 procent). Omdat tussen de twee enquêtemethoden nauwelijks verschillen werden gevonden ten aanzien van steekproefsamenstelling of oordelen over de zorg, werden de resultaten voor verdere analyses samengenomen.

De chronische patiënten bleken, zoals mocht worden verwacht, op veel achtergrondkenmerken significant te verschillen van de acute patiënten (tabel 1). Zo bleken de chronische patiënten gemiddeld ouder, vaker weduwe of weduwnaar, en gemiddeld lager opgeleid dan de acute patiënten. De chronische patiënten rapporteerden (uiteraard) vaker een chronische aandoening, maar ook een deel van de acute patiënten zei een chronische aandoening te hebben. Zowel wat betreft de chronische als de acute patiënten verschilden de patiëntenpopulaties per huisarts aanzienlijk. Zo bestonden bijvoorbeeld aanzienlijke verschillen ten aanzien van de leeftijd, het opleidingsniveau en het aantal keren dat in het afgelopen halfjaar de huisarts was bezocht.

Van de 55 in de analyse opgenomen vragen werden er per patiënt gemiddeld 45 beantwoord (mediaan 47). Bij de meeste aspecten van zorg was de gemiddelde respons op de bijbehorende vragen 75 procent of hoger. Uitzonderingen waren 'ondersteuning van de mantelzorg', 'spoedgevallen', 'fysieke bereikbaarheid' en 'samenwerking'. Chronische patiënten gaven over het algemeen vaker een mening dan acute patiënten (overall toets:  $p < 0,01$ ), vooral bij de volgende aspecten: 'belasting van de patiënt' (80 procent bij chronische patiënten versus 74 procent bij acute patiënten), 'stimuleren van zelfzorg' (89 versus 82 procent), 'begeleiding' (86 versus 75 procent), 'ondersteuning van

mantelzorg' (53 versus 43 procent), 'continuïteit van zorg' (91 versus 86 procent), 'samenwerking' (45 procent versus 35 procent). Acute patiënten gaven naar verhouding vaker hun mening over de aspecten 'ingaan op de hulpvraag', 'wachtijden bij afspraken' en 'accommodatie', maar bij deze drie aspecten lagen de percentages in beide groepen steeds boven de 95 procent.

Tabel 2 laat zien dat tussen chronische en acute patiënten bij de meeste aspecten geen significante verschillen bestonden wat betreft het gebruik van de meest positieve categorieën op de antwoordschaal. Uitzonderingen waren echter 'wachtijden voor een afspraak', 'flexibiliteit' en 'accommodatie', waar chronische patiënten positiever oordeelden dan acute patiënten. Ook bleken weinig verschillen te bestaan

**Tabel 1** Kenmerken van chronische en acute patiënten. Percentages, tenzij anders vermeld

	Chronische patiënten n=345	Acute patiënten n=326
Aandeel vrouwen*	59	70
Gemiddelde leeftijd*	59 jaar†	42 jaar†
Burgerlijke staat*		
– ongehuwd	6	15
– gehuwd	70	72
– samenwonend	4	7
– gescheiden	2	3
– weduwe/weduwnaar	19†	3
Hoogste opleiding*		
– geen/lagere school	28	11
– lager beroepsonderwijs	28	30
– middelbaar onderwijs	25	31
– hoger onderwijs	12	22
– anders	6†	6†
Gemiddeld aantale malen bij huisarts in afgelopen halfjaar	3,5†	3,3†
Ziekenfondsverzekering	72†	79†
Onder behandeling van specialist*	46†	22†
Zelfgerapporteerde chronische ziekte (combinaties mogelijk)		
– diabetes*	15†	1
– Cara*	22	6
– hart en vaten*	28	7
– hypertensie*	39	11†
– botten/gewrichten*	26	15
– migraine	7†	5
– andere ziekte	22†	29

\* Significante verschillen tussen chronische en acute patiënten ( $p < 0,05$ ).

† Significante verschillen tussen huisartsen ( $p < 0,05$ ).

**Tabel 2** Oordelen van verschillende patiëntengroepen (n=671). Percentage vragen waarbij de meest positieve antwoordcategorieën werden gebruikt

Cluster/aspect van zorg	Acute patiënten n=326	Chronische patiënten n=345	Chronische patiënten			
			laagste per categorie	hoogste per categorie	laagste per huisarts	hoogste per huisarts
Medisch-technisch handelen						
– doeltreffendheid	70	76	57 (e)*	82 (a)	64	87
– zorgvuldigheid, competentie	86	82	70 (e)	92 (a)*	69	92*
– belasting van de patiënt	72	75	63 (e)	81 (d,g)	56	83
Arts-patiëntrelatie						
– ingaan op de hulpvraag	77	78	65 (e)	87 (a)	64	93*
– bejegening	73	77	65 (e)	84 (a)	62	85*
– inbreng in beslissingen	73	73	60 (e)	75 (a,g)	51	82*
Informatie en steun						
– informatieverschaffing	67	68	53 (e)	70 (a,b,g)	53	81*
– stimuleren van zelfzorg	66	71	52 (e)*	76 (d)	56	79
– begeleiding	67	71	51 (e)*	77 (a)	55	83*
– ondersteuning van mantelzorg	61	64	57 (b)	72 (a)	50	88
Beschikbaarheid en bereikbaarheid						
– wachttijden afspraak	55	63*	44 (e)*	69 (d,f)	49	75*
– flexibiliteit	61	68*	59 (e)	73 (f)	56	82
– spoedgevallen	52	59	46 (e)	68 (a)	31	83*
– fysieke bereikbaarheid	51	48	40 (a)	52 (d)	16	84*
– tijd voor patiëntenzorg	92	90	76 (e)*	97 (a)*	82	95
Organisatie en samenwerking						
– accommodatie	55	63*	51 (e)	68 (a)	45	79*
– continuïteit	70	73	70 (e)	78 (a)	55	87*
– samenwerking	68	61	50 (e)	78 (g)	3	100

\*  $p < 0,05$ .

Getoetst werden: verschillen tussen chronische en acute patiënten; verschillen tussen een categorie chronische patiënten en de overige chronische patiënten (vanwege comorbiditeit per categorie afzonderlijk); verschillen tussen chronische patiëntenpopulaties per huisarts. Door de chronische patiënten werden de volgende chronische aandoeningen gerapporteerd: a=diabetes (n=51), b=Cara (n=76), c=hypertensie (n=133), d=aandoeningen bewegingsapparaat (n=88), e=migraine (n=23), f=hart/vaart-aandoeningen (n=96), g=andere chronische aandoeningen (n=77).

## Appendix Overzicht van vragen en schalen

### Medisch handelen

- Doeltreffendheid  
( $\alpha=0,91$ )
- behandeling zorgt dat klachten minder erg zijn (o)
  - inzet huisarts om iets te doen aan klachten (o)
  - aanpak zorgt voor zich prettiger voelen (o)
- Zorgvuldigheid/  
competentie  
( $\alpha=0,76$ )
- langer zoeken naar meest geschikte behandeling (b)
  - meer aandacht voor vroegere ziekten (b)
  - nog eens een specialist raadplegen (b)
- Belasting voor de patiënt  
( $\alpha=0,91$ )
- niet meer onderzoeken en medicijnen dan echt nodig (o)
  - oog voor belasting door onderzoek tegenover het nut (o)
  - oog voor belasting door therapie tegenover het nut (o)

### Arts-patiënt relatie

- Bejegening  
( $\alpha=0,77$ )
- assistente(s) staan patiënt correct te woord (o)
  - huisarts toont persoonlijke belangstelling (o)
  - huisarts is op hoogte van situatie thuis en op werk/school (o)
- Ingaan op de hulpvraag  
( $\alpha=0,94$ )
- huisarts helpt om klachten duidelijk te maken (o)
  - huisarts laat blijken te begrijpen wat patiënt vertelt (o)
  - huisarts laat blijken te begrijpen wat patiënt wilt (o)
- Inbreng in beslissingen  
( $\alpha=0,93$ )
- patiënt kan meedenken in zoeken naar een verklaring van klachten (o)
  - instemming vragen voordat onderzoek wordt verricht (o)
  - overleggen over behandelingsmogelijkheden (o)

### Informatie en steun

- Informatieverstrekking  
( $\alpha=0,89$ )
- kans krijgen om vragen te stellen (o)
  - duidelijkheid van informatie over praktijkorganisatie (o)
  - huisarts vertelt wat hij/zij van plan is (o)
  - begrijpelijkheid van uitleg over doel en verloop behandeling (o)
- Bevorderen van zelfzorg  
( $\alpha=0,92$ )
- overtuigd van nut om medicijnen in te nemen (o)
  - overtuigd van belang adviezen (o)
  - genoeg weten om zich thuis te redden (o)
- Begeleiding  
( $\alpha=0,92$ )
- gerust stellen wat betreft klachten (o)
  - huisarts helpt leren omgaan met aandoening (o)
  - oog voor gevolgen van aandoening in dagelijks leven (o)
- Ondersteunen van naasten  
( $\alpha=0,93$ )
- ondersteuning van huisarts aan partner en naasten (o)
  - partner en naasten betrekken bij zorg (o)
  - naasten op hoogte van behandeling (o)

### Beschikbaarheid en bereikbaarheid

- Wachttijden bij afspraak  
( $\alpha=0,71$ )
- telefonische bereikbaarheid praktijk voor maken van afspraak (o)
  - snelheid van terecht kunnen voor een afspraak (o)
  - wachttijden voor laatste consult acceptabel (o)
- Flexibiliteit  
( $\alpha=0,77$ )
- geschiktheid van spreekuur tijden (o)
  - geschiktheid van moment van afspraak binnen enkele dagen (o)
  - geschiktheid van tijden telefonisch spreekuur (o)
- Spoedgevallen  
( $\alpha=0,88$ )
- telefonische bereikbaarheid overdag (o)
  - telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren (o)
  - snelheid van terecht kunnen bij spoed (o)
- Fysieke bereikbaarheid  
( $\alpha=0,69$ )
- parkeergelegenheid bij huisartspraktijk (o)
  - bereikbaarheid per openbaar vervoer (o)
  - toegankelijkheid voor mensen die slecht ter been zijn (o)
- Tijd voor patiëntenzorg  
( $\alpha=0,54$ )
- minder vaak worden gestoord door telefoontjes (b)
  - meer tijd om te praten (b)
  - meer tijd voor lichamelijk of laboratorium onderzoek (b)

### Organisatie en samenwerking

- Accommodatie  
( $\alpha=0,73$ )
- stoelen in wachtkamer zitten prettig (o)
  - sfeer in wachtkamer (o)
  - weg vinden in gebouw (o)
- Continuïteit  
( $\alpha=0,81$ )
- steeds dezelfde huisarts kunnen spreken (o)
  - huisarts blijkt op de hoogte van langer bestaande klachten (o)
  - laten terugkomen voor controles (o)
- Samenwerking tussen  
hulpverleners  
( $\alpha=0,92$ )
- overeenstemming van informatie huisarts en specialist (o)
  - huisarts op hoogte van fysiotherapie (o)
  - huisarts op hoogte van gezinszorg (o)

### Legenda

(o) oordelen, (b) ervaren behoeften (zie 'Methoden' voor beschrijving van het type vragen).

tussen de oordelen van verschillende categorieën chronische patiënten over de huisartsenzorg. Een uitzondering vormden de migrainepatiënten, die in vergelijking met andere chronische patiënten minder positief oordeelden over de 'doeltreffendheid', 'stimuleren van zelfzorg', 'begeleiding', 'wachttijden' en 'tijd voor patiëntenzorg'. Diabetespatiënten daarentegen bleken in vergelijking met anderen positiever te oordelen over de 'zorgvuldigheid/competentie' en de 'tijd voor patiëntenzorg'.

Uit de tabel blijkt verder dat bij 11 van de 18 aspecten huisartsen onderling verschillend werden beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk. Het verschil tussen het hoogste en het laagste percentage per huisarts was gemiddeld 35 procent. Bij alle huisartsen gebruikte echter de meerderheid van de patiënten de meest positieve antwoordcategorieën, behalve bij 'spoedgevallen', 'fysieke bereikbaarheid' en 'samenwerking'; hier lagen de laagste percentages per huisarts onder de 50 procent.

Uit de regressie-analyses bleek dat de oordelen over de huisartsenzorg werden voorspeld door zowel patiëntkenmerken als door verschillen tussen huisartsen. Oudere mensen en mensen met een hogere opleiding bleken positiever te oordelen dan jonge mensen en mensen met een lage opleiding. Ook bleek dat patiënten die de huisarts in het afgelopen halfjaar vaker hadden bezocht, over een aantal aspecten een positiever oordeel hadden dan minder frequente bezoekers. Met uitzondering van 'samenwerking' werden bij elk aspect van zorg huisartsen significant verschillend beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk. De verklaarde varianties waren echter steeds laag: tussen de 1 en 25 procent per aspect, gemiddeld 7,4 procent.

### Beschouwing

Uit deze explorerende studie kwam het volgende naar voren:

- chronische en acute patiënten oordeelden in een aantal opzichten verschillend over hun huisarts;

- huisartsen werden verschillend beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk;
- de samenstelling van de patiëntenpopulatie liep uiteen tussen de huisartsen, maar dit verklaarde de verschillende beoordeling van huisartsen door patiënten nauwelijks.

De bevindingen suggereren dat patiëntenoordelen variëren tussen huisartsen, maar dat ook rekening moet worden gehouden met de invloed van met name leeftijd, opleiding en frequentie van het huisartsbezoek van de ondervraagde patiënten.

- Ten eerste bleek dat chronische patiënten bij een aantal aspecten van zorg vaker hun mening gaven dan acute patiënten, en verder dat zij de meest positieve antwoordcategorieën vaker gebruikten dan de acute patiënten. De eerste bevinding suggereert dat chronische patiënten zich meer competent achtten om de vragen te beantwoorden dan acute patiënten. Dit ondersteunt de validiteit van de vragenlijst, die specifiek voor chronische patiënten was bedoeld. De tweede bevinding suggereert dat acute patiënten kritischer zijn dan chronische patiënten, met name bij aspecten van 'serviceverlening', die buiten het primaire hulpverleningsproces liggen.

- Ten tweede bleken verschillende categorieën chronische patiënten verschillend te oordelen over hun huisarts. Opvallend was dat migrainepatiënten minder positief oordeelden dan andere patiëntengroepen; hierbij moet wel bedacht worden dat dit slechts een kleine groep was. Bovendien beruiste de geobserveerde aandoeningen op zelfrapportage en het is bekend dat dit onbetrouwbaar kan zijn.<sup>5</sup> Zo lijkt bij migraine sprake van overrapportage. De betrouwbaarheid van zelfrapporteerde aandoeningen varieert echter tussen aandoeningen.<sup>5</sup> Zo blijkt de zelfrapportage van diabetes tamelijk betrouwbaar. Diabetespatiënten bleken positiever te oordelen dan andere chronische patiënten.

Voor de variatie in oordelen over de zorg tussen verschillende patiëntencategorieën kunnen diverse verklaringen worden gezocht. Wellicht werden minder positieve antwoorden gegeven door mensen die zelf dachten een chronische aandoening te hebben, maar niet als zodanig werden gediagnosticeerd door de huisarts. Mogelijk is dit de groep patiënten die de huisarts kent als 'chronische klagers', mensen die ontevreden zijn, ongeacht wat de huisarts doet. Overigens betrof de analyse van de verschillen tussen patiëntencategorieën alleen patiënten die volgens de huisartsen een chronische aandoening hadden.

• Ten derde kwam naar voren dat de acht deelnemende huisartsen in een aantal opzichten onderling verschillend werden beoordeeld door de chronische patiënten in hun praktijk en dat deze verschillen slechts in geringe mate werden verklaard door verschillen wat betreft de patiëntenpopulatie per huisarts. Oudere mensen en hoger opgeleiden oordeelden positiever dan jongeren en lager opgeleiden. Opvallend was verder dat het oordeel over een aantal aspecten positiever was naarmate men vaker bij de huisarts was geweest. Hoewel de 'chronische klagers' zich waarschijnlijk ook in deze categorie bevinden, oordelen andere frequente bezoekers blijkbaar juist positiever. Het is mogelijk dat mensen realistischere verwachtingen krijgen naarmate zij meer ervaring met de huisarts hebben en daarom positiever oordelen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat mensen de huisarts juist vaak bezoeken, omdat zij tevreden zijn.

Blijkbaar variëren de oordelen van chronische patiënten tussen huisartsen. Nagegaan zou moeten worden in hoeverre dergelijke verschillen zouden kunnen duiden op verschillen in feitelijk handelen in de praktijk. De enquête is bedoeld om reflectie en discussie bij huisartsen hierover te stimuleren. De verschillen tussen huisartsen verklaarden echter slechts een gering deel van de variatie in oordelen, zodat voorzichtigheid bij het trekken van conclusies is geboden. Het aantal huisartsen in deze studie was niet groot, zodat de variatie in werkwijze mogelijk nog te beperkt was om te kunnen worden gemeten.

Verder onderzoek zou zich onder meer moeten richten op de verhouding tussen 'werkelijke' verschillen tussen huisartsen en 'ruis', dat wil zeggen patiëntgebonden

effecten en meetfouten. Een belangrijke vraagstelling is hoeveel patiënten moeten worden ondervraagd en hoeveel vragen moeten worden gesteld om een betrouwbaar beeld te krijgen. Tot nu toe is aan deze vraag in het internationale patiëntensatisfactie-onderzoek nog nauwelijks aandacht besteed, terwijl deze van wezenlijk belang is voor de interpretatie van de uitkomsten van een enquête onder patiënten. Dit tekort heeft mogelijk te maken het feit dat niet in alle studies duidelijk is over welke arts patiënten precies oordelen. In een vervolgstudie met een grote aantal huisartsen zullen wij deze vraag aan bod laten komen.

Mogelijk dat bepaalde aspecten van zorg meer verschillen tussen huisartsen laten zien dan andere aspecten. Uit de regressie-analyses kwam naar voren dat de variatie in oordelen van patiënten vooral bij aspecten van de praktijkorganisatie door verschillen tussen huisartsen werd verklaard. Zo werd van de variatie in de oordelen over de 'wachttijden bij afspraken' 14 procent verklaard door verschillen tussen huisartsen. Bij de 'fysieke bereikbaarheid' was dit percentage 25 procent en bij de 'accommodatie' 16 procent. Wellicht zijn de verschillen tussen huisartsen groter als het om dergelijke 'tastbare' onderwerpen gaat.

Daarnaast is het wenselijk om na te gaan welke objectieve kenmerken van de zorgverlening invloed hebben op de oordelen van patiënten. Hoewel dergelijke relaties in allerlei patiëntensatisfactie studies worden gerapporteerd, bestaat hiervan nog geen goed overzicht. Dergelijk inzicht zou de huisarts kunnen helpen om knelpunten gericht aan te pakken, voorzover hij of zij hiertoe althans mogelijkheden heeft. De aanpak van de huisarts kan bestaan uit het aanbrenge van veranderingen in de werkwijze of de praktijkorganisatie, of uit betere voorlichting aan patiënten om hun ideeën en verwachtingen bij te sturen. Oordelen van patiënten worden immers bepaald door hun ervaringen met zorgverlening, maar gedeeltelijk ook door hun wensen en verwachtingen.

Patiëntenenquêtes zijn waarschijnlijk vooral geschikt voor de signalering van

mogelijke verschillen in de wijze van zorgverlening, terwijl andere methoden nodig zijn om de beleving van patiënten gedetailleerder in kaart te brengen. Onze ervaring is dat huisartsen zich vooral aangesproken voelen door de cijfers bij de afzonderlijke vragen en door de vergelijking tussen hun eigen cijfers en die van andere huisartsen. Uiteraard is de variatie van oordelen van patiënten tussen huisartsen slechts één van de factoren die de praktische relevantie van een patiënten-enquête voor de huisarts bepalen. In de inleiding werden al enkele andere overwegingen genoemd. Wat nog moet worden aangetoond, is dat een gunstige verhouding bestaat tussen de opbrengsten van een enquête voor de huisarts en de belasting ten gevolge van de uitvoering ervan. Alleen dan zou het aanbeveling verdienen om regelmatig een enquête uit te voeren onder patiënten in de praktijk.

#### Literatuur

- 1 Leidschendam. Vervolgconferentie 'Kwaliteit van zorg': van uitspraken naar afspraken. Utrecht: KNMG, 1990.
- 2 Schellevis F. Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 3 Van Duijn NP. Waarom zouden we vragen of patiënten tevreden zijn? *Huisarts Wet* 1995; 38: 46-8.
- 4 Wensing M, Grol R, Van Montfort P, Smits A. Indicators for the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Qual Health Care* 1996; 5: in press.
- 5 Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and medical records. The evidence of accuracy and recall. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 233-48.

#### Abstract

**Wensing M, Grol R, Smits A, Van Montfort P. What judgements do patients with chronic diseases have of general practice care? *Huisarts Wet* 1996; 39(9): 402-7.**

The practical relevance of surveys on patients' evaluations of general practice care has yet to be established. An important question is whether patients' evaluations vary between patients and general practitioners. This variation was studied in an explorative study. In eight practices patient surveys was performed, including 671 patients. In each practice both a mailed survey and a hand-distributed survey were conducted. The analyses showed that acute and chronically ill patients have different evaluations of specific aspects of general practice care. General practitioners were evaluated differently by the chronically ill patients in their practice. The composition of the patient samples varied per practice, but this did not fully explain the differences in patient evaluations. So patients' evaluations were responsive for differences between general practitioners. However, the composition of the patient sample should also be taken into account if patients' evaluations of the care are studied.

**Key words** Chronic disease; Family practice; Patient satisfaction.

**Correspondence** M. Wensing MSc, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit KUN/RL, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands. ■