



Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult

Samenvatting

Brinkman BS, Van Hateren KJ, Kleefstra N, Houweling ST, Groenier KH, Bilo HJ. Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult. *Huisarts Wet* 2014;56(7):344-6.

ACHTERGROND Het goed uitvragen van de hulpvraag is een belangrijk element in de communicatie tussen huisarts en patiënt. Buitenlands onderzoek naar het effect van vragenkaartjes, flyers en vragenlijsten op de patiënttevredenheid laat wisselende resultaten zien.

METHODE In twee plattelandspraktijken en één stadspraktijk in het oosten van Nederland voerden wij een enkelblind gerandomiseerd onderzoek uit, waarbij de patiënten geblindeerd werden. Patiënten die met een nieuw probleem op consult kwamen en die toestemden in deelname, randomiseerden we in een interventie- en een controlegroep. Alle deelnemers kregen algemene informatie over patiënttevredenheid, de interventiegroep kon daarnaast de hulpvraag invullen op een kaartje. De huisarts begon dan het consult met dit vragenkaartje. Na afloop van het consult maten wij patiënttevredenheid met behulp van de Consultation Satisfaction Questionnaire (subschaal Professional care) en een visueel analoge schaal.

RESULTATEN In totaal randomiseerden we 210 patiënten. De mediane score op de subschaal Professional Care (bereik 0-100) bedroeg in beide groepen 92,9 punten; er was geen verschil in tevredenheid.

CONCLUSIE Het invullen van de hulpvraag op een vragenkaartje voor aanvang van het consult vergroot de patiënttevredenheid niet.

INLEIDING

Patiënttevredenheid is een belangrijke patiëntgebonden uitkomst van de gezondheidszorg.¹ Men beschouwt het goed uitvragen van de hulpvraag als essentieel onderdeel van goede communicatie, en die heeft op zijn beurt grote invloed op de patiënttevredenheid. In onderzoeken naar patiënttevredenheid heeft men patiënten voorafgaand aan een consult vragenkaartjes, flyers of vragenlijsten laten invullen om hen een actieve rol te geven tijdens het consult.²⁻⁶ De resultaten waren wisselend. Eén onderzoek vond een positief effect op de patiënttevredenheid, ten koste van een langere duur van de

consulten.² Vanwege de wisselende resultaten en de wisselende methodologische kwaliteit van de genoemde onderzoeken hebben wij het huidige onderzoek opgezet. Ons primaire doel was te onderzoeken in hoeverre het de patiënttevredenheid zou verhogen als de patiënt voor aanvang van het consult een vragenkaartje invulde waarop de huisarts tijdens het consult nader kon ingaan.

METHODE

Deelnemers

Het onderzoek is opgezet als een enkelblind gerandomiseerd onderzoek waarbij de deelnemers geblindeerd waren voor de interventie. Tussen januari en maart 2011 rekruteerden wij deelnemers in 2 plattelandspraktijken (5 huisartsen) en 1 stadspraktijk (4 huisartsen) in de regio Zwolle. Inclusie en randomisatie werden in alle praktijken gedaan door één van de auteurs (BSB), die gedurende 5 dagen aanwezig was in de stadspraktijk en 6 dagen in beide plattelandspraktijken. Alle patiënten die een afspraak maakten voor een nieuw probleem kregen het verzoek deel te nemen aan een onderzoek naar patiënttevredenheid. Er was geen leeftijdslimiet. Exclusiecriteria waren verstandelijke beperking, geen of slechte beheersing van de Nederlandse taal, analfabetisme en beperkte visus. Voor de randomisatie (in blokken van 10) werden gesloten, ondoorzichtige enveloppen gebruikt.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van de Isala Klinieken te Zwolle. Alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven.

Interventie

Patiënten in de interventiegroep kregen een envelop met algemene informatie over het onderzoek, plus een kaartje waarop zij één of twee vragen met betrekking tot de hulpvraag konden opschrijven voordat ze de spreekkamer ingingen. De patiënten in de controlegroep kregen een envelop met alleen de algemene informatie. Alle patiënten kregen de instructie

Wat is bekend?

- Het is aannemelijk dat het goed uitvragen van de hulpvraag bijdraagt aan de patiënttevredenheid.
- De uitkomsten van (vooral buitenlands) onderzoek naar het vooraf opschrijven van de hulpvraag laten geen eenduidige conclusie toe.

Wat is nieuw?

- De tevredenheid van patiënten was in de onderzochte praktijken al heel hoog.
- Het invullen van een vragenkaartje voorafgaand aan het consult draagt niet bij aan de patiënttevredenheid en heeft geen effect op de duur van het consult.

Isala, Diabetes kenniscentrum, Dr. van Heesweg 2, 8025 AB Zwolle; B.S. Brinkman, huisarts-opleiding; dr. K.J.J. van Hateren, huisarts; dr. N. Kleefstra, arts-onderzoeker (tevens Onderzoeksgroep Langerhans, Zwolle en UMCG, Groningen); prof.dr. H.J.G. Bilo, internist (tevens UMCG, Groningen). Onderzoeksgroep Langerhans, Zwolle; dr. S.T. Houweling, huisarts (tevens Huisartsenpraktijk Sleeuwijk, Sleeuwijk). UMCG, Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. K.H. Groenier, universitair docent Statistiek en Kansrekening • Correspondentie: k.j.j.van.hateren@isala.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Onderzoeksregistratie clinicaltrials.gov NCT01466140.

De auteurs Brinkman en Van Hateren hebben in gelijke mate bijgedragen aan het manuscript.

Dit artikel is een vertaling van Brinkman BS, Van Hateren KJ, Kleefstra N, Houweling ST, Groenier KH, Bilo HJ. Effects of writing down the request for help: A randomized controlled trial. *Eur J Gen Pract* 2013 Nov 13. [Epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

om de envelop aan het begin van het consult aan de huisarts te overhandigen. Bij patiënten uit de interventiegroep begon de huisarts het consult met de vragen op het vragenkaartje.

Metingen

De huisarts gaf aan het eind van het consult op een vragenlijst aan om welk type consult het ging (kleine kwaal, psychosociaal, geruststelling, anders) en hoe lang het duurde, en scoorde de eigen tevredenheid op een visueel analoge schaal (VAS). Demografische karakteristieken van de deelnemers, hun medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en het aantal consulten gedurende één maand follow-up verkregen we uit het elektronisch patiëntendossier. De deelnemers gaven na het consult aan wat hun hoogst genoten opleiding was, scoorden hun tevredenheid op een VAS en vulden de Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ) in, die speciaal voor dit onderzoek is vertaald volgens de WHO-criteria.⁷ De CSQ heeft vier subschalen: *General satisfaction* (algemene tevredenheid; 3 items), *Depth of relationship* (kwaliteit van het contact; 5 items), *Perceived time* (ervaren duur; 3 items) en *Professional care* (professionele zorg; 7 items).¹ De laatste subschaal hebben we gebruikt om de patiënttevredenheid met betrekking tot het consult zelf te bepalen; zij bevat vragen over het lichamelijk onderzoek, over de informatie die de huisarts gaf aangaande de aandoening en behandeling, of de patiënt het met de huisarts eens is en in hoeverre de patiënt zich als een individu voelt behandeld. Wij drukten de score op de vragenlijst uit als percentage van de maximale score (0-54 op de totale CSQ, 0-21 op de subschaal Professional care).

Uitkomstvariabelen

De primaire uitkomstvariabele van dit onderzoek was patiënttevredenheid, gemeten op de subschaal Professional care van de CSQ.¹ Secundaire uitkomstvariabelen waren de patiënttevredenheid gemeten met de VAS, de tevredenheid van de huisarts, de consultduur, de scores op de andere CSQ-subschalen en het aantal vervolggconsulten tijdens de follow-upperiode.

Analyse

Wij voerden de statistische analyse uit met SPSS, versie 18.0.3. We bepaalden het significantieniveau voor alle tests op 5%. Categorical variablen vergeleken wij met behulp van de chikwaadattoets. Als scores niet normaal verdeeld waren, bepaalden wij de verschillen tussen de interventie- en de controlegroep met de mann-whitneytest. Voor de verschillen tussen de medianen bepaalden wij 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI).

In een eerder onderzoek bedroegen de standaarddeviaties (SD) op de subschaal Professional care 11,8% (interventiegroep) en 16,1% (controlegroep).² De onderzoekers vonden een verschil van 7,3 punten tussen beide groepen, terwijl hun onderzoek opgezet was om een verschil van 1,7 punten aan te tonen. Voor ons onderzoek zijn wij bij het bepalen van de groepsgrootte uitgegaan van SD 15%. Met een *power* van 90% en een α van 5% (tweezijdig) hadden we 196 deelnemers nodig om een verschil te vinden van 7 punten; we hebben in totaal 210 patiënten geïncludeerd.

RESULTATEN

Deelnemers

[Tabel 1] toont de basiskkenmerken van de deelnemers. Aan het onderzoek hebben 209 patiënten deelgenomen; 1 patiënt konden we niet volgen doordat deze met de ambulance werd ingestuurd. Gegevens over vervolggconsulten en consultduur ontbraken voor respectievelijk 6 en 56 patiënten. In de interventiegroep was de gemiddelde leeftijd iets hoger dan in de controlegroep. Een mogelijk relevant verschil betrof macrovasculaire complicaties in de voorgeschiedenis (angina pectoris, myocardiinfarct, percutane transluminale coronaire angioplastiek, coronary-artery bypass graft, perifeer vaatlijden, cerebrovasculair accident of transiënte ischemische aanval).

Uitkomsten

Zoals [tabel 2] laat zien, was de mediane score op de subschaal Professional care in beide groepen 92,9% (95%-BI 0 tot 3,6%). De mediane patiënttevredenheid op de VAS was in beide groepen 9,0 op een schaal van 0-10 (95%-BI 8,0 tot 10,0). Wij zagen geen verschillen tussen de interventie- en de controlegroep voor wat betreft het aantal consulten in de follow-upperiode en de andere subschaalscores.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat de patiënttevredenheid niet groter wordt als men de patiënt voorafgaand aan het huisartsconsult de hulpvraag laat invullen op een vragenkaartje. In het verleden hebben twee onderzoeken aangetoond dat de patiënttevredenheid verbetert als de huisarts de hulpvraag goed uitvraagt. In één van deze onderzoeken deed de huisarts dat aan de hand van een lijstje met standaardvragen. De patiënttevredenheid in de interventiegroep nam daardoor weliswaar toe, maar ook de duur van het consult nam toe met een

Tabel 1 Patiëntkenmerken

Variable	Interventiegroep (n = 105)		Controlegroep (n = 104)	
Gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	47,3	(17,4)	43,5	(18,1)
Mannelijk geslacht, n (%)	33	(31,4%)	37	(35,6%)
Opleidingsniveau, n (%)				
■ basisschool of minder	16	(16,3%)	13	(14,6%)
■ middelbaar onderwijs	52	(53,1%)	48	(53,9%)
■ vervolgonderwijs	30	(30,6%)	28	(31,5%)
Medicijnen, mediaan aantal (p25-p75)	1,0	(0,0-2,0)	1,0	(0,0-2,0)
Inschrijfduur, mediaan aantal jaren (p25-p75)	17,0	(8,5-47,0)	17,0	(7,0-33,0)
Consulten in het afgelopen jaar, mediaan aantal (p25-p75)	4,0	(1,0-6,0)	4,0	(1,0-7,0)
COPD/astma, n (%)	9	(8,7%)	9	(8,7%)
Diabetes mellitus, n (%)	7	(6,7%)	6	(5,8%)
Hypertensie in voorgeschiedenis, n (%)	14	(13,5%)	15	(14,6%)
Macrovasculaire complicaties*, n (%)	12	(11,5%)	5	(4,9%)
Soort consultatie, n (%)				
■ kleine kwaal	58	(56,9%)	61	(61,0%)
■ psychosociaal	10	(9,8%)	10	(10,0%)
■ geruststelling	18	(17,6%)	11	(11,0%)
■ overig	16	(15,7%)	18	(18,0%)

* Angina pectoris, myocardiinfarct, percutane transluminale coronaire angioplastiek, coronary-artery bypass graft, perifeer vaatlijden, cerebrovasculair accident of transiënte ischemische aanval.

Tabel 2 Primaire en secundaire uitkomstmaten

Variable	Interventiegroep (n = 105)	Controlegroep (n = 104)	95%-BI van het verschil
CSQ-totaalscore, percentage	88,1% (74,2-96,9)	88,1% (77,0-94,1)	-2,9 tot 3,6
CSQ subschaalscores:			
■ Professional care*	92,9% (85,7-100,0)	92,9% (82,1-100,0)	0,0 tot 3,6
■ General satisfaction	100,0% (75,0-100,0)	100,0% (75,0-100,0)	0,0 tot 0,0
■ Depth of relationship	80,0% (60,0-100,0)	75,0% (58,8-90,0)	0,0 tot 10,0
■ Perceived time	100,0% (66,7-100,0)	100,0% (79,2-100,0)	0,0 tot 0,0
Patiënttevredenheid, VAS-score	9,0 (8,0-10,0)	9,0 (8,0-10,0)	0,0 tot 0,0
Artstevredenheid, VAS-score	8 (7,0-8,0)	8 (7,0-8,0)	0,0 tot 0,0
Consultduur, minuten	8,0 (5,3-10,0) [†]	7,4 (5,0-10,3) [†]	-1,0 tot 1,6
Vervolgconsult [‡] , n (%)	20/103 (19,4%)	14/100 (14,0%)	-5,7 tot 16,3%

Waarden zijn mediaan (p25-p75), tenzij anders aangegeven.

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; CSQ = Consultation Satisfaction Questionnaire; VAS = visueel analoge schaal (0-10 punten).

* Primair eindpunt.

[†] n = 79/105.

[‡] n = 74/104.

[‡] Vervolgconsult binnen een maand voor hetzelfde probleem.

minuut.² In het andere onderzoek bleek de tevredenheid van patiënten die waren aangemoedigd hun hulpvraag te formuleren eveneens toegenomen, maar dit gold alleen voor korte consulten.³ Daartegenover staan drie andere onderzoeken die geen effect vonden.⁴⁻⁶ Slechts één van deze drie onderzoeken was dubbelblind gerandomiseerd.⁵ Het lijkt erop dat de beschreven interventies (vragenkaartjes, folders of vragenlijsten) die gebruikt werden om de hulpvraag duidelijker te krijgen niet resulteren in een toename van de patiënttevredenheid.

Er zijn verschillende verklaringen waarom wij geen gunstig effect konden aantonen. Allereerst, en dat geldt ook voor andere onderzoeken, was de patiënttevredenheid in ons onderzoek aan het begin al hoog zodat een eventueel extra effect van de interventie lastig meetbaar is. Ten tweede kan het zijn dat de deelnemende huisartsen de hulpvraag altijd al goed uitvoegen, want huisartsen-in-opleiding oefenen daar veel op.⁸ Verder is het niet onmogelijk dat de deelnemende huisartsen meer gemotiveerd waren om de hulpvraag in beide groepen goed uit te vragen, juist omdat ze meededen aan dit onderzoek. Tot slot kan er sprake zijn geweest van selectiebias op praktijkniveau, aangezien de patiëntenpopulatie bestond uit relatief hoogopgeleide mensen, die hun hulpvraag goed kunnen uiten en voor wie een vragenkaartje dus weinig meerwaarde heeft.

Sterke punten van ons onderzoek waren de grootte van de deelnemersgroep en het feit dat het een enkelblind gerandomiseerd onderzoek was. Het was niet mogelijk om de huisartsen ook te blinderen, omdat zij de enveloppen van de patiënten kregen. We hadden kunnen kiezen voor een andere

opzet, waarbij ook de patiënten in de controlegroep een vragenkaartje moesten invullen. Wij wilden onze interventie echter vergelijken met de dagelijkse praktijk.

Als zwak punt noemden wij al de mogelijkheid van selectiebias. Er zijn nog diverse andere beperkingen. Ten eerste hadden we de deelnemers aan het eind van het consult nog kunnen vragen of hun vragen beantwoord waren. Ten tweede werd van 56 patiënten de consultduur niet opgetekend, waardoor geen betrouwbare uitspraak kunnen doen over die duur. Een derde en laatste beperking is dat wij alle patiënten geïnccludeerd hebben die met een nieuw probleem bij de huisarts kwamen. We moeten toegeven dat het belangrijker is de hulpvraag goed uit te vragen als er ongerustheid bestaat over een mogelijk ernstige aandoening dan wanneer het om een kleine kwaal gaat. In ons onderzoek betrof de meerderheid van de consulten (rond de 60%) juist zo'n kleine kwaal, waarbij de hulpvraag meestal duidelijker is en een vragenkaartje dus minder toegevoegde waarde heeft.

CONCLUSIE

De patiënttevredenheid over een huisartsconsult neemt niet toe als men de patiënt voorafgaand aan het consult een vragenkaartje laat invullen.

DANKWOORD

De auteurs willen de volgende praktijken en huisartsen bedanken voor hun deelname aan ons onderzoek: huisartsenpraktijk Westerbeek en Tan-Koning, Giethoorn: R.D. Westerbeek, H. Tan-Koning; huisartsenpraktijk Kolderveen, Nijeven: P. Speelman, R. Poutsma; huisartsenpraktijk De Linden, Zwolle: Chr. Meyer, C.R. Meeder, H.J.W. Pruijs, A.N.J. Brizar-Zuurmond. Huisartsenpraktijk Huisartsen Sleeuwijk heeft geholpen bij de voorbereidingen, de auteurs bedanken R.J.P. de Gardeyn, M.F.M. Hoogstraten, S.T. Houweling en M. Biewenga. ■

LITERATUUR

- 1 Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990;40:487-90.
- 2 McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: A randomized controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract* 2004;54:663-6.
- 3 Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ* 2004;328:441.
- 4 Hornberger J, Thom D, MacCurdy T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. *J Gen Intern Med* 1997;12:597-606.
- 5 McCann S, Weinman J. Empowering the patient in the consultation: A pilot study. *Patient Educ Couns* 1996;27:227-34.
- 6 Albertson G, Lin CT, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Anderson RJ. Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. *Am J Manag Care* 2002;8:375-81.
- 7 World Health Organisation. Management of substance abuse: Process of translation and adaptation of instruments [internet]. Geneva: WHO, geraadpleegd december 2010.
- 8 Baarveld F, Bottema BJAM. Raamcurriculum huisartsopleidingen. Utrecht: SVUH, 2005.