

Wat zijn de voornaamste verwachtingen van patiënten wanneer ze hun huisarts raadplegen?

Tevredenheid en kwaliteit van de dienstverlening, van de zorg

'Eén van de kwaliteitscriteria van elke dienstverlening is de tevredenheid van de klant. Tevredenheid maakt deel uit van de levenskwaliteit¹. Deze evidentie is ontleend aan de economie en breidde zich geleidelijk aan uit naar de geneeskunde, in de evaluatie (of de garantie) van de kwaliteit. De ervaring en de tevredenheid van de patiënt worden in deze context meer en meer aanzien als belangrijke elementen om rekening mee te houden bij de evaluatie van de zorgkwaliteit². Het concept 'tevredenheid' is niet eenvoudig. Het omvat onder meer de persoonlijke voorkeur van de patiënt, zijn verwachtingen (subjectieve appreciatie) en de werkelijk verkregen zorg (objectief element)³.

In het verleden is herhaaldelijk gepoogd de tevredenheid van de patiënt te evalueren en/of de gevoeligheid van de (huis)arts voor de noden en verwachtingen van patiënten te verhogen. Om de zorg te verbeteren ontwikkelde EUROPEP (EUROpean task force on Patient Evaluation of general Practice) bijvoorbeeld een vragenlijst die de tevredenheid van de patiënt meet. EUROPEP gebruikte deze vragenlijst in verschillende landen, waaronder België⁴ en Zwitserland⁵.

Discrete choice experiment (DCE) om te weten waarvoor een patiënt al of niet wil betalen?

Een 'discreet keuze experiment' is een andere mogelijke onderzoeksmethode (eveneens afkomstig uit de economische wereld). Hierbij krijgt de patiënt scenario's gepresenteerd met een verschillend gehalte van attributen (kenmerken van het te evalueren item)⁵. Toegepast op de gezondheidszorg en in dit geval op de geneeskunde, betekent dit dat voor een te evalueren item, bijvoorbeeld een raadpleging, attributen (kenmerken) zullen bepaald worden. Als 'de dokter luistert' een attribuut is, zullen de keuzeopties voor een patiënt bestaan uit ofwel 'de dokter lijkt niet te luisteren' ofwel 'de dokter lijkt te luisteren'. Rondom deze opties worden meer uitgewerkte scenario's opgebouwd. Tussen deze scenario's moet de patiënt zijn favoriete scenario aanduiden. In het U.K. paste een onderzoeksgroep van een universitair centrum voor huisartsgeneeskunde deze methode toe bij 1 193 patiënten (53% respons in zes huisartsenpraktijken)⁶. Naast een algemene vragenlijst gebruikten zij ook een vragenlijst die meer gericht was op patiëntgerichte zorg. De voorgestelde scenario's omvatten het toegangsgemak (attribuut= tijd tot afspraak), keuzemogelijkheden (attribuut= flexibiliteit in consultatie-uren), zorgcontinuïteit (attribuut= kennis van de arts over de patiënt), technische zorg (attribuut= zorgvuldig fysisch onderzoek) en andere aspecten van patiëntgerichte zorg.

Om een hiërarchie te kunnen maken van de prioriteiten van een patiënt, koos men voor de financiële investering waar toe de patiënt bereid was om het ene scenario te verkiezen boven het andere. Deze analysetechniek wordt hier dus op dezelfde manier toegepast als in zijn oorspronkelijk economisch domein.

In dit onderzoek hechtten patiënten de meeste waarde aan een zorgvuldig uitgevoerd fysisch onderzoek. Dit attribuut krijgt een prioriteit die veruit boven andere attributen ligt (in volgorde van belang): raadplegen van een arts die hen goed kent, genieten van patiëntgerichte zorg, raadplegen van een arts die hen vriendelijk ontvangt, één dag minder moeten wachten voor een afspraak, genieten van flexibiliteit in consultatie-uren.

Kijken, ausculteren en palperen

De auteurs van dit onderzoek wijzen op het prioritaire belang dat de patiënt hecht aan een zorgvuldig uitgevoerd fysisch onderzoek. Kijken, ausculteren en palperen zijn handelingen die tegemoet komen aan de verwachtingen van de patiënt. Dit is een uniek aspect van de huisartsgeneeskunde. Het is ook niet exclusief, maar precies in de huisartsgeneeskunde is het klinische onderzoek meer doorslaggevend dan het technische onderzoek en dit is wat de patiënt verwacht. Via de omweg van het lichamelijke onderzoek van de patiënt slaagt de huisarts er juist in verwachtingen van de patiënt in te vullen die het lijfelijke overstijgen.

Een wederzijds engagement

Is dit nu een onderzoek dat nagaat voor welke prioriteiten een patiënt vooral wil betalen op het vlak van de zorg die hij wenst in de eerstelijnszorg? De onderzoeksmethode nodigt uit om deze zienswijze te volgen. De auteurs wijzen er echter ook op dat de antwoorden variëren in functie van het voorgestelde scenario (een mineur fysisch probleem, een dringend fysisch probleem of een probleem dat niet duidelijk fysisch of psychologisch is). Demografische patiëntkenmerken zorgen eveneens voor variatie in de antwoorden. Dit relateert de volgorde van de vooropgestelde prioriteiten of zal deze eerder in hun context plaatsen.

Of een patiënt een raadpleging betaalt in pond sterling of in euro, of bereid is te betalen voor een bepaald iets zoals in bovenvermelde studie, we mogen niet vergeten dat hij reeds een stap moet zetten om op raadpleging te komen. Als hij een arts heeft die bereid is om 'zichzelf voor te schrijven', in navolging van het Balint-concept⁷, dan leveren beide partijen een bijdrage voor een patiëntgerichte raadpleging, waarbinnen het fysische onderzoek een belangrijk moment is.

1. Vuori H. Patient satisfaction – does it matter? *Qual Assur Health Care* 1991;3:183-9.
2. Bovier P, Künzi B, Stalder H. Qualité des soins en médecine de premier recours: « à l'écoute de nos patients ». *Revue Médicale Suisse* N° 80 publiée le 27/09/2006.
3. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45:1829-43.
4. Paulus D. A l'écoute des patients belges en médecine générale - Le

5. Longo M, Cohen DR, Hood K, et al. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract* 2006;56:4-5.
6. Cheraghi-Sobi S, Hole AR, Mead N, et al. What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiments to identify patients' priorities. *Ann Fam Med* 2008;6:107-15.
7. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie*, Ed. Payot, 1996, 432 p.