

Patiënten tevredenheid,
implicaties voor het leveren van de optimale zorg
die winnaars verdienen

Een onderzoek naar de mate waarin patiënten tevreden zijn met de zorg
die TopSupport levert

Boris Beekmans

In opdracht van: TopSupport

Patiënten tevredenheid, implicaties voor het leveren van de optimale zorg die winnaars verdienen

Een onderzoek naar de mate waarin patiënten tevreden zijn met de zorg
die TopSupport levert

Boris Beekmans

In opdracht van: TopSupport

Gemert, 13 maart 2012
2060214

Fontys Hogeschool HRM en Psychologie
Toegepaste Psychologie

Afstudeerdocent: Janneke Niks
Begeleider opdrachtgever: Dirk-Jan Willekens

Voorwoord

Dit is een literatuuronderzoek in het kader van de afstudeerstage voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan Fontys Hogeschool Eindhoven. In dit onderzoek wordt de relevante onderzoeksliteratuur behandeld om het inzicht te verkrijgen dat vereist is om het veldonderzoek op adequate wijze te kunnen aanpakken. Tevens dienen de resultaten als basis voor het geven van voorlopige antwoorden op de adviesvraag van de opdrachtgever en voor het doen van aanbevelingen die op basis van de literatuur gerechtvaardigd worden. Dank gaat uit naar de begeleiding vanuit zowel de opdrachtgever als de Fontys. Zonder deze voortreffelijke begeleiding was het niet gelukt om een onderzoek van deze kwaliteit op te zetten en uit te voeren. Allereerst wil ik TopSupport bedanken en met name Dirk-Jan Willekens voor de kans die mij gegeven is om aan een interessante afstudeeropdracht te mogen werken en voor de hulp en ondersteuning bij het verkrijgen van geschikte vragenlijsten en het werven van respondenten. Van de Fontys wil ik Janneke Niks bedanken voor haar goede begeleiding. Vragen werden door haar altijd tijdig beantwoord en bovendien waren de antwoorden van goede kwaliteit en erg bruikbaar.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	4
Methode	7
Resultaten	13
Conclusie en Discussie	30
Literatuurlijst	32

Samenvatting

Dit is een literatuuronderzoek in het kader van een onderzoek naar patiënten tevredenheid met de zorg die sportmedisch behandelcentrum TopSupport levert. Om patiënten tevredenheid te kunnen onderzoeken is kennis vereist van het concept en determinanten. Dit literatuuronderzoek tracht daarin te voorzien. Wetenschappelijke bronnen over patiënten tevredenheid afkomstig uit de database van de Universiteit van Tilburg zijn uitvoerig bestudeerd en verwerkt. De belangrijkste resultaten met betrekking tot de zinvolheid van onderzoek naar patiënten, het concept, de belangrijkste determinanten en modellen van patiënten tevredenheid worden beschreven. Afsluitend worden conclusies getrokken en implicaties voor het veldonderzoek beschreven gevolgd door enkele concrete aanbevelingen die op basis van de literatuur gerechtvaardigd zijn.

Inleiding

Het groeiende aantal artsen en een veranderde omgeving heeft artsen zich doen realiseren dat het beoefenen van de geneeskunde meer is dan het openen van een praktijk op een geschikte plaats (Crommentuyn, 2011). Daarnaast krijgen patiënten meer keuzevrijheid door de invoering van de marktwerking, waarmee de overheid tracht de steeds duurder wordende gezondheidszorg betaalbaar te houden en de kwaliteit te verbeteren (Abvacado FNV, 2012). Patiënten worden dus steeds vaker gezien als consumenten van services binnen de medische markt (Marshall, Sherbourne & Wells, 1993). Het feit dat patiënten de beschikbare zorgpakketten steeds beter onderzoeken impliceert ook dat zij steeds kritischer worden ten aanzien van de geleverde zorg. Steeds meer claimen zij het recht om als een actieve deelnemer de zorg te plannen en te evalueren (Sitzia & Wood, 1997). De zorginstellingen zullen op zoek moeten gaan naar nieuwe methoden om huidige patiënten te behouden en nieuwe patiënten voor zich te winnen (Nitse & van Rushing, 2008).

Deze veranderingen liggen ten grondslag aan een steeds commerciëler wordende medische wereld en dwingen beoefenaars om hun ogen te openen voor de wereld van de marketing. Door het domineren van deze marktgerichte benadering voor het hervormen van de gezondheidszorg en het opkomen van een perspectief dat de behoefte aan patiënt georiënteerde zorg benadrukt worden zorginstellingen gedwongen om de aandacht op kwaliteitspercepties van patiënten te richten (Tateke, Woldie & Ololo, 2012). Door de opkomst van het medisch consumentisme is patiënten tevredenheid dus steeds belangrijker geworden voor zorginstellingen (Sun, Adams, Orav, Rucker, Brennan & Burstin, 1999). Informatie betreffende de tevredenheid van patiënten kan door verzekeraars en patiënten gebruikt worden om een onderbouwde keuze te maken voor een zorgverlener. In een dergelijke competitieve omgeving is patiënten tevredenheid een manier om het marktaandeel te behouden en te vergroten (Hekkert, Cihangir, Kleefstra, van den Berg & Kool, 2009).

Deze ontwikkelingen zijn niet in geringe mate van toepassing op de sportmedische gezondheidszorg. Door het groeiende aantal sporters en de daarmee gepaard gaande stijging van het aantal blessures in combinatie met het mondiger en veeleisender worden van patiënten, een grotere keuzevrijheid en een herstructurering van aanbod- naar vraaggestuurde gezondheidszorg is het met name voor de sportmedische gezondheidszorg belangrijk om mee te veranderen (VSG, 2008). Sportmedische gezondheidscentra zullen zich dus actief in moeten zetten op het gebied van kennis- en kwaliteitsontwikkeling, public relations, promotie en voorlichting en zullen bij moeten dragen aan ketenontwikkeling en het op adequate wijze organiseren van de zorg (VSG, 2008). De sportmedische gezondheidszorg is het vakgebied waarbinnen TopSupport opereert, als zijnde het medisch sportgezondheidscentrum van het Sint Anna Ziekenhuis. Het is opgericht om het belang dat het Sint Anna Ziekenhuis hecht aan sport en bewegen te benadrukken en hiervoor zijn alle krachten op het gebied van sport, bewegen, advisering, diagnostiek en blessurebehandeling gebundeld. TopSupport is actief op het gebied van sportmedische adviezen, onderzoek en inspanningstesten, fysiotherapeutische herstelprogramma's, bewegingsprogramma's op maat en personal training. De naam zou geheel ten onrechte kunnen doen denken dat TopSupport zich oriënteert op topsporters. TopSupport richt zich echter op zowel topsporters als recreatiesporters en iedereen die zich een

gezondere levensstijl wil aanleren. De visie van TopSupport, 'iedereen een winnaar', steunt op het uitgangspunt dat iedereen die vol overtuiging een doel nastreeft en tracht het maximale uit zich zelf te halen een winnaar is. TopSupport zorgt voor winnaars door medische zorg van hoogste niveau te leveren en iedereen te helpen bij het op verantwoorde wijze overtreffen van zichzelf of tegenstanders. TopSupport is gecertificeerd als Topsport Medisch Samenwerkingsverband (TMS) en voldoet daarmee aan de eisen van Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). Daarnaast voorziet TopSupport het Eindhovense Centrum voor Topsport en Onderwijs (CTO), een centrum waarin topsporters kunnen trainen, studeren en wonen, in de behoefte aan medische sportgezondheidszorg. Op deze wijze wordt dus reeds ingespeeld op de ontwikkelingen in de sportmedische gezondheidszorg.

In aanvulling daarop vraagt TopSupport zich af hoe de zorg die zij leveren ervaren wordt door de patiënten. Het onderzoeken van patiënten tevredenheid lijkt daarvoor de methode bij uitstek. Uitgangspunt daarbij is dat patiënten tevredenheid onderzoek aanknopingspunten voor het verbeteren van de zorg (Hekkert et al., 2009). Daarnaast is patiënten tevredenheid een belangrijke voorspeller van het aanblijven van huidige patiënten en van het aanbevelen van de instelling aan derden (Hekkert et al., 2009). TopSupport vraagt zich af in welke mate patiënten tevreden zijn met betrekking tot de zorg in het algemeen, alsmede de specifieke aspecten van de zorg, teneinde de zorg te kunnen verbeteren en tevredenheid onder patiënten te verhogen om zodoende huidige patiënten te behouden en nieuwe patiënten voor zich te winnen. Om dit op succesvolle wijze te onderzoeken is kennis vereist met betrekking tot het concept en de determinanten van patiënten tevredenheid. Er is reeds veel onderzoek gedaan naar het concept en er zijn talloze vragenlijsten ontwikkeld en geëvalueerd. Dit literatuuronderzoek tracht in die informatie te voorzien en geeft antwoord op de vragen:

1. Waarom is het zinvol om patiënten tevredenheid te onderzoeken?
2. Hoe wordt patiënten tevredenheid gedefinieerd?
3. Wat zijn determinanten van patiënten tevredenheid?
4. Welke modellen van patiënten tevredenheid zijn er?

In hoofdstuk twee wordt de methode van literatuuronderzoek beschreven om de repliceerbaarheid van het onderzoek te vergroten. Het resultatenhoofdstuk begint met een rechtvaardiging voor het onderzoeken van patiënten tevredenheid om vervolgens een uitwerking te geven van het concept patiënten tevredenheid, de determinanten en modellen. In de discussie worden conclusies getrokken, implicaties voor het veldonderzoek gegeven en voorlopige aanbevelingen gedaan die in de adviesvraag trachten te voorzien.

Methode

Om de wetenschappelijke bronnen te vinden die zich lenen voor het afbakenen van het begrip patiënten tevredenheid en dus gebruikt kunnen worden voor het schrijven van dit literatuuroverzicht is gebruik gemaakt van de online catalogus van de Universiteit van Tilburg. Om toegang te verschaffen tot deze database dient een VPN verbinding tot stand gebracht te worden. Daarvoor is beschikking over een medewerkers of studenten account van de Universiteit van Tilburg vereist. Met betreffende inloggegevens dient ingelogd worden op vpn.uvt.nl om de VPN verbinding te activeren. Vervolgens dient op blackboard.uvt.nl ingelogd te worden en kan op de startpagina van Blackboard onder het kopje Library Search op zoekterm gezocht worden naar wetenschappelijke artikelen in de database. De zoektermen die gebruikt zijn bij de eerste zoekactie zijn 'determinants of patient satisfaction'. Deze zoekactie heeft 16.834 treffers opgeleverd en de eerste vijftien pagina's zijn uitvoerig bekeken en artikelen die op basis van de titel bruikbaar geacht werden zijn geopend en onderworpen aan een tweede screening op basis van de abstract. Een titel werd bruikbaar geacht als deze het algemene begrip patiënten tevredenheid of een specifieke vorm van patiënten tevredenheid met betrekking tot fysiotherapie of sportmedische behandelingen betrof. Wanneer het lezen van de abstract had uitgewezen dat het artikel bruikbaar is, werd deze als full text pdf bestand op titel opgeslagen voor later gebruik. Een artikel werd bruikbaar geacht als deze het ontstaan van onderzoek naar patiënten tevredenheid beschrijft, redenen voor of tegen het onderzoeken van patiënten tevredenheid aanvoert, het concept definieert, determinanten benoemt of een model van patiënten tevredenheid schetst. Voor zoekactie twee zijn de zoektermen 'factors of patient satisfaction' gebruikt en deze zoekactie heeft 27.295 treffers opgeleverd. Wederom zijn de eerste vijftien pagina's geraadpleegd en is dezelfde procedure gevolgd. De zoektermen 'predictors of patient satisfaction' zijn gebruikt voor zoekactie drie en hebben 5.515 treffers opgeleverd. Ook hier zijn de eerste vijftien pagina's doorzocht en is dezelfde procedure gevolgd.

Voor het schrijven van de inleiding zijn bronnen gebruikt die ontwikkelingen beschrijven met betrekking tot de opkomst van onderzoek naar patiënten tevredenheid. Bij het uitwerken van de resultaten zijn voor de paragraaf 'rechtvaardiging' bronnen gebruikt die redenen voor en tegen het onderzoeken van patiënten tevredenheid benoemen. Vervolgens zijn voor de paragrafen 'definitie', 'determinanten' en 'modellen' bronnen gebruikt die respectievelijk het begrip definiëren, specifieke determinanten van patiënten tevredenheid aangetoond hebben en modellen van patiënten tevredenheid beschrijven. Titels van bronnen waar in gebruikte bronnen naar verwezen wordt en bruikbaar geacht werden zijn als zoektermen gebruikt voor het zoeken naar die specifieke bronnen in de database van de Universiteit van Tilburg. In de meeste gevallen waren deze bronnen beschikbaar. Deze bronnen zijn op dezelfde wijze opgeslagen en verwerkt.

Resultaten

Rechtvaardiging

Patiënten tevredenheid vragenlijsten worden vaak als instrumenten gebruikt door zorginstellingen over de hele wereld om de persoonlijke mening van de patiënt ten opzichte van de zorg te meten (Hekkert et al., 2009). Het meten van patiënten tevredenheid brengt vele voordelen met zich mee. Voor de patiënten is het allereerst van wezenlijk belang dat zij tevreden zijn omdat de kans dat zij het gebruik van medische diensten zullen voortzetten en de medische behandelingen zullen gehoorzamen groter wordt (Hekkert et al., 2009; Gadallah, Zaki, Rady, Anwer & Sallam, 2003; Pascoe, 1983). Hills en Kitchen (2007a; 2007b) hebben in overeenstemming daarmee bewezen dat tevreden patiënten meer profijt hebben van de zorg die zij ontvangen. In aanvulling daarop hebben Pascoe (1983) en Schoenfelder, Klewer & Kugler (2011) aangetoond dat patiënten tevredenheid een belangrijke voorspeller is van aan gezondheid gerelateerde gedragingen. Ook is gebleken dat tevredenheid gepaard gaat met het nakomen van afspraken en het voldoen aan medische voorschriften. Laatste twee zijn erg belangrijk omdat het welslagen van een behandeling voor een groot gedeelte afhankelijk is van de participatie van de patiënt (Hills & Kitchen, 2007). Dit geldt met name voor de fysiotherapie, een professie binnen de gezondheidszorg die zich bezighoudt met menselijk functioneren en bewegen alsmede het maximaliseren van het potentiaal. De fysiotherapie hanteert lichamelijke benaderingen om fysiek, psychologisch en sociaal welzijn te promoten, te behouden en te herstellen (Hills & Kitchen, 2007).

Voor een zorginstelling is het ook van belang dat patiënten tevreden zijn. Bewezen is namelijk dat de mate waarin patiënten tevreden zijn een belangrijke determinant voor de levensvatbaarheid van zorginstelling (Marshall et al, 1993). Tateke en anderen (2012) benadrukken dat het onderzoeken van patiënten tevredenheid belangrijk is omdat het zowel doel van de zorg is als een consequentie die bijdraagt aan het effect van de zorg omdat adviezen eerder opgevolgd worden. Patiënten tevredenheid wordt geassocieerd met het naleven van medische adviezen, met de bereidheid tot procesvoering bij verkeerde behandelingen, het in mindere mate benutten van medische services en een grotere geneigdheid om bij de instelling terug te keren. Om deze redenen is het voor zorginstellingen erg interessant om dit te onderzoeken (Sun et al., 1999). Ook Gadallah en anderen (2003) hebben aangetoond dat tevreden patiënten een consistente relatie zullen onderhouden met de betreffende zorginstelling. Daarnaast veronderstellen zij dat het mogelijk is om zwakheden in het systeem aan te tonen en om belangrijke informatie over prestaties van het systeem te leveren. Op die manier draagt het bij aan het kwaliteitsmanagement van een organisatie. Hekkert en anderen (2009) bevestigen dat patiënten tevredenheid een belangrijke indicator in de evaluatie en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Marshall en anderen (1993) voegen daaraan toe dat patiënten tevredenheid gerelateerd is aan het veranderen van arts en het terugtrekken uit vooraf betaalde zorg contracten. Verder is het wenselijk patiënten tevreden te houden omdat de kans dat zij die instelling zullen aanbevelen bij derden groter wordt (Hekkert et al., 2009; Schoenfelder et al., 2011; Pascoe,

1983). Daarnaast vonden Hekkert en anderen (2009), in overeenstemming met Marshall en anderen (1993) en Gadallah en anderen (2003), dat de kans dat patiënten de relatie met een bepaalde instelling zullen handhaven aanzienlijk groter wordt als zij tevreden zijn. Ook Baerden en Teel (1983) hebben bewezen dat loyaliteit van patiënten een direct resultaat is van de mate waarin consumenten tevreden zijn.

Ondanks het feit dat het meten van patiënten tevredenheid door middel van vragenlijsten veel voordelen met zich meebrengt wordt er ook kritiek geleverd. Een belangrijk nadeel volgens Hekkert en anderen (2009) is dat er weinig consensus is met betrekking tot het concept patiënten tevredenheid. Sitzia & Wood (1997) en Pascoe (1983) bevestigen dit en stellen dat het gebrek aan aandacht voor de betekenis van het construct patiënten tevredenheid de grootste tekortkoming in het onderzoek naar patiënten tevredenheid is. Logischerwijs gaan conceptualisering en discussie voor aan het feitelijk onderzoek maar voor patiënten tevredenheid is het omgekeerde het geval. Over de dimensionaliteit van het concept patiënten tevredenheid is ook veel gediscussieerd. Marshall en anderen (1993) maakten gebruik van de Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-II) en leveren bewijs voor de aanname dat patiënten tevredenheid een multidimensionaal concept is. Een kanttekening daarbij is echter wel dat men zich vanwege de hoge correlaties tussen de factoren af kan vragen wat het nut is van deze onderscheidingen. Met name de technische en interpersoonlijke aspecten kunnen op basis van deze resultaten niet van elkaar onderscheiden worden (Marshall et al., 1993). Ook Kenny (1995) veronderstelt dat het vanwege de hoge correlatie tussen de factoren 'interpersoonlijke warmte en affectie' en 'competentie en informatievoorziening' moeilijk is om helder onderscheid te maken waardoor deze indeling complicaties met zich meebrengt. Gebleken is namelijk dat patiënten hun beoordeling van de competentie van de arts, als gevolg van het onvermogen om de technische competentie nauwkeurig te beoordelen, vaak laten afhangen van diens affectieve gedrag en responsiviteit (Kenny, 1995; Tateke et al., 2012). Marshall en anderen (1993) rapporteren echter ook studies die aantonen dat interpersoonlijke aspecten van de zorg niet interfereren met de mogelijkheid van patiënten om technische aspecten van de zorg te beoordelen. Tevens is gebleken dat patiënten in staat zijn om in accurate informatie te voorzien betreffende helderheid van verklaringen, behulpzaamheid van ontvangen informatie, drempels voor het aanvragen van zorg en de interpersoonlijke gedragingen van de arts (Schoenfelder et al., 2011). Ook Fitzpatrick (1997) veronderstelt in Weinman (2001) dat patiënten tevredenheid een multidimensionaal concept is. Hij concludeert dit omdat patiënten verschillende meningen kunnen hebben ten aanzien van verschillende specifieke aspecten van de gezondheidszorg. Een consequentie van een multidimensionaal concept van patiënten tevredenheid is dat het vereist is om verschillende schalen te ontwikkelen om tevredenheid ten aanzien van de diverse aspecten te kunnen meten. Een ander kritiekpunt is dat metingen van patiënten tevredenheid te veel gebaseerd zijn op subjectieve oordelen van patiënten (Hekkert et al., 2009). Dit kan echter ook als een kracht beschouwd vanwege de mogelijkheid om de psychologische evaluatie van patiënten te meten aangaande de kwaliteit van de zorg. Deze psychologische evaluatie ligt namelijk aan de basis van de beslissing om de relatie met de zorginstelling voort te zetten. Een onderwerp waar tevens veel discussie over plaats heeft gevonden betreft de beschikbare methodes om patiënten tevredenheid te meten (Marshall, Hays, Sherbourne &

Wells, 1993). In dat opzicht zijn er twee methodes van elkaar te onderscheiden, te noemen het direct meten van globale percepties van patiënten tevredenheid ten aanzien van de zorg in zijn geheel en het meten van percepties ten aanzien van domeinspecifieke aspecten van de zorg. Voordelen van eerstgenoemde strategie zijn dat het weinig items vereist en de patiënt daardoor zo min mogelijk belast wordt en dat voor het direct meten van globale tevredenheid niet onderzocht hoeft te worden welke aspecten van de zorg belangrijk zijn in het bepalen van tevredenheid. De andere methode maakt het echter mogelijk om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen ten aanzien van specifieke aspecten van de zorg. Gevolg is dat het meten van globale tevredenheid zich uitstekend leent voor het vergelijken zorgaanbieders onderling. Het meten van domein specifieke tevredenheid is daarentegen uitermate bruikbaar voor het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de zorg waar zowel patiënt als zorginstelling bij gebaat zijn (Marshall et al., 1993). Daarnaast is het door de scores te combineren eveneens mogelijk een cijfer voor algemene tevredenheid te verkrijgen (Marshall et al., 1993). Schoenfelder en anderen (2011) stellen echter dat het moeilijk is om domeinspecifieke tevredenheid van patiënten vast te stellen vanwege de dimensionaliteit van het concept. De zorg is namelijk onder te verdelen in diverse aspecten die allemaal iets met de werkelijke kwaliteit van de zorg en de geleverde service te maken hebben. Omdat er diverse dimensies van patiënten tevredenheid te onderscheiden zijn is bewustwording van welk aspecten van tevredenheid gemeten dienen te worden dus vereist (Hekkert et al., 2009). Daarnaast leveren Hekkert en anderen (2009) kritiek op de onmogelijkheid van tevredenheids beoordelingen om te corrigeren voor verwachtingen die beïnvloed zijn door vroegere ervaringen met de gezondheidszorg. Karaktereigenschappen kunnen eveneens een verwarrend effect hebben. Ouderen en laagopgeleiden blijken namelijk in hogere mate tevreden te zijn in relatie tot hoogopgeleiden en volwassenen. Verder is uit onderzoek met patiënten tevredenheid vragenlijsten gebleken dat de data erg scheef zijn en erg hoge niveaus van tevredenheid weerspiegelen. Patiënten rapporteren over het algemeen meer tevredenheid dan dat zij in werkelijkheid ervaren. De angst voor negatieve gevolgen en de structuur van vragenlijsten lijken hier de voornaamste redenen voor te zijn (Ware & Hays, 1988). Tenslotte heeft Kenny (1995) vastgesteld dat ontevreden patiënten hun ontevredenheid nooit direct aan de arts communiceren. Naast de angst voor negatieve consequenties zou een gevoel van afhankelijkheid van de arts vanwege een gebrek aan kennis hier een reden voor kunnen zijn.

Definitie

In plaats van het ontwikkelen van een wel onderbouwde sociaal psychologische theorie van tevredenheid hebben de meeste onderzoekers zich gericht op het identificeren van sociaal demografische determinanten van tevredenheid. Een gevolg is dat veel onderzoek naar patiënten tevredenheid niet expliciet gebaseerd is op een onderbouwde definitie of een psychologisch model (Pascoe, 1983; Williams, 1994; Williams, Coyle & Healy, 1998). Linder-Pelz (1982) vormt met het ontwikkelen van een theorie gebaseerd op attitude theorie van Fishbein en Ajzen (1975) hierop een uitzondering. Zij definieert patiënten tevredenheid als een positieve attitude ten aanzien van de geleverde zorg. Een attitude is door Fishbein en Ajzen (1975) gedefinieerd als een algemene evaluatie of een positief gevoel ten opzichte van een bepaald object. Linder-Pelz (1982) benadrukt in

haar definitie dat attitudes affectief zijn en stelt evaluaties gelijk aan affect. Percepties als overtuigingen beschouwt zij als cognitief. Patiënten tevredenheid beschouwt zij in termen attitudes en waarden van patiënten met betrekking tot verschillende aspecten van de zorg en service beleving. Dit kan uitgedrukt worden in de mate waarin de geleverde zorg tegemoet komt aan hetgeen patiënten belangrijk vinden of de mate waarin de geleverde zorg aan de verwachtingen voldoet. Lawler (1973) definieert patiënten tevredenheid als het verschil tussen de feitelijke uitkomst en de ideale of verwachte uitkomst van de zorg. In navolging van Lawler (1973) beschouwen Nitse en van Rushing (2008) patiënten tevredenheid ook als een attitude die bepaald wordt door de mate waarin de zorg tegemoetkomt aan de verwachtingen van de patiënt. Deze attitude bestaat uit twee componenten, namelijk de mate waarin een bepaald aspect van de zorg belangrijk wordt gevonden door de patiënt en een evaluatie van de geleverde prestatie op dat aspect (Lawler, 1973; Nitse & van Rushing, 2008). Deze definitie is vrijwel identiek aan de definitie die Abioye Kuteyi, Bello, Olaleye, Ayeni en Amedi (2010) hanteren. Ook zij stellen namelijk dat patiënten bepaalde verwachtingen hebben ten opzichte van de medische zorg en definiëren tevredenheid als een vergelijking tussen de beleving van de patiënt en zijn of haar verwachtingen voorafgaande aan de zorg. In overeenstemming met voorgaande definities hebben studies van Cartwright (1967), Stimson en Webb (1975) en Stimson en Webb (1975) tevredenheid omschreven als het verschil tussen verwachtingen en uitkomsten van de zorg (Hills & Kitchen, 2007). Binnen de specifieke context van de fysiotherapie wordt patiënten tevredenheid gedefinieerd als het voldoen aan de behoeftes en verwachtingen van de patiënt met betrekking tot specifieke en meer algemene aspecten van de gezondheidszorg (Hills & Kitchen, 2007a). Volgens Ruggeri en Dall'Angola (1993) in Hills en Kitchen (2007a) kunnen verwachtingen gedefinieerd worden als de belangrijkheid die wordt toegekend aan de diverse aspecten van de zorg. Verwachtingen ten aanzien van de zorg worden door Stimson en Webb (1975) in Hills en Kitchen (2007a) beschreven met betrekking tot achtergrond, interactie en actie. Carr-Hill (1992) stelt in Hills en Kitchen (2007) dat ook cognitieve dissonantie en het geheugen factoren zijn die de wijze waarop verwachtingen van invloed zijn op tevredenheid verklaren. Negatieve ervaringen worden volgens hen beter herinnerd dan positieve ervaringen. In een andere studie, gedaan door Like en Zyzanski (1987) wordt onderscheid gemaakt tussen verwachtingen en eisen. Volgens hen hadden verwachtingen betrekking op wat patiënten denken dat tijdens de ontmoeting zou plaatsvinden en waren eisen gerelateerd aan wat patiënten hopen dat zij geholpen worden.

Pascoe (1983) stelt op basis van onderzoek naar zowel patiënten tevredenheid als consumenten tevredenheid een ietwat ander concept van patiënten tevredenheid voor dat bestaat uit twee niveaus. Het eerste niveau bestaat uit de psychologische processen die ten grondslag liggen aan tevredenheid en betreft de vergelijking van specifieke eigenschappen van de zorgervaring met een subjectieve standaard. Verondersteld wordt dat in die vergelijking zowel een affectieve reactie op als een cognitieve evaluatie van de zorgervaring betrokken worden. Het tweede niveau betreft patiënten tevredenheid als factor in het tot stand komen van aan gezondheid gerelateerde gedragingen en het resultaat van de behandeling. Dit impliceert dat patiënten tevredenheid zowel afhankelijke als onafhankelijke variabele is (Pascoe, 1983). Ware en anderen (1983) onderscheiden in Sitzia en Wood

(1997) objectieve tevredenheids indicatoren ten aanzien van zorg en leverancier van tevredenheids beoordelingen die de persoonlijke evaluatie van patiënten meten en niet direct waargenomen kunnen worden door naar de zorg te kijken. Deze beoordelingen omvatten persoonlijke voorkeuren, verwachtingen en oordelen met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg. Zij maken onderscheid tussen karakteristieken van de patiënt en verwachtingen (determinanten) en aspecten feitelijke geleverde zorg (componenten). Ook Sun en anderen (1999) stellen dat patiënten tevredenheid een indicator voor de kwaliteit van de zorg is maar beweren dat tevredenheid louter betrekking heeft op de subjectieve dimensies van de beleving van de patiënten. Schoenfelder en anderen (2011) hanteren een vergelijkbare definitie en stellen dat patiënten tevredenheid omschreven kan worden als een reactie van de patiënt op verschillende aspecten van de zorg. Vanuit hun eigen subjectieve standpunt evalueren patiënten de gezondheidszorg alsmede de aanbieders van de zorg. In overeenstemming daarmee veronderstellen McCracken (1997) en anderen in Hills en Kitchen (2007) dat patiënten tevreden zijn wanneer zij de zorg ervaring als plezierig beleefd hebben, positief over de behandeling spreken en terugkeren als de behoefte daar is.

Determinanten

Als het gaat om de determinanten van patiënten tevredenheid dient allereerst onderscheid gemaakt te worden tussen factoren met betrekking tot de zorg en factoren met betrekking tot de patiënt. De gezondheidsstatus van de patiënt en sociaal demografische factoren zijn patiënt factoren die geassocieerd met patiënten tevredenheid (Tateke et al., 2012; Sun et al., 1999). Met betrekking tot de relatie tussen de gezondheidsstatus en tevredenheid is er wat onenigheid maar over het algemeen zijn patiënten die eigen gezondheid als goed beoordelen meer tevreden zijn dan patiënten die de eigen gezondheid als slecht beoordelen (Tateke et al., 2012). In het kader van sociaal demografische factoren veronderstelt Vukimir (2006) dat enige voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren ervan omdat deze vaak een tekort aan middelen weerspiegelen. Hij toonde in zijn onderzoek aan dat inkomen een factor is in de zin dat patiënten met een hoger inkomen meer klagen en minder tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. Daarnaast bleek opleidingsniveau ook van invloed te zijn. Laagopgeleiden houden er een slechtere leefstijl waardoor medische uitkomsten vaak minder goed zijn en zijn daarnaast minder tevreden met de zorg die zij ontvangen. Ervan uitgaande dat hoogopgeleiden meer verdienen dan laagopgeleiden is dit een vreemde bevinding. Ook Tateke en anderen (2012) vonden een effect van opleidingsniveau en toonden net als Sun en anderen (1999) een effect van beroepsstatus aan. Sun en anderen (1999) vonden verder ook een relatie van etniciteit met patiënten tevredenheid. Een andere factor als het meer specifiek gaat om atleten gaat blijkt het gevoel van eigenwaarde te zijn (Vukimir, 2006). Een gevoel van eigenwaarde gaat bij atleten gepaard met de competentie die als gevolg van ouder worden afneemt. Atleten met een hoog gevoel van eigenwaarde stellen hogere eisen aan de zorg die zij ontvangen en zullen wel eens minder tevreden kunnen zijn. Verder toonde Vukimir (2006) aan dat etniciteit en geslacht een rol spelen bij patiënten tevredenheid. Leeftijd is ook een factor die vrij consistent is aangetoond in eerdere studies met oude patiënten als zijnde meer tevreden dan jonge patiënten (Hekkert et al., 2009; Sun et al., 1999), al zijn

er ook studies die geen effect van leeftijd hebben gevonden (Abioye Kuteyi et al., 2010). Ook Sergeant en Kaehler (2008) beweren dat zowel leeftijd als geslacht niet erg belangrijk zijn in het bepalen van tevredenheid. Abioye Kuteyi en anderen (2010) brachten een significante relatie van burgerlijke staat en studenten status met tevredenheid aan het licht. Studenten en alleenstaanden blijken meer tevreden te zijn vergeleken met niet studenten en getrouwde patiënten. In een onderzoek gedaan door Boudreaux, Ary, Mandry en McCabe (1999) bleken demografische factoren echter helemaal niet van invloed te zijn op patiënten tevredenheid. Leeftijd en verzekeringsstatus bleken echter wel gerelateerd te zijn aan de waarschijnlijkheid van aanbevelen.

Verwachtingen van patiënten met betrekking tot de zorg spelen een erg belangrijke, zo niet de belangrijkste rol spelen bij patiënten tevredenheid (Oliver, 1980; Vukimir, 2006; Hills & Kitchen, 2007a; Hills & Kitchen, 2007b; McKinley, Stevenson, Adams & Manku Scott, 2002). De mate waarin aan deze verwachtingen voldaan wordt is van invloed op de perceptie van de patiënt met betrekking tot de kwaliteit van de ervaring en dus op de mate waarin de patiënt tevreden is. Kenny (1995) heeft aangetoond dat de mate waarin patiënten aan de vraag van patiënten voldaan is een sterke positieve samenhang vertoont met patiënten tevredenheid. Dit in overeenstemming met Like en Zyzanski (1986), die veronderstellen dat het begrijpen van de vraag van de patiënt de primaire taak is van de arts. Zij toonden aan dat de vraag van de patiënt helpt bij het organiseren en begeleiden van de anamnese, lichamelijke examinering, diagnostisch testen en therapeutische interventies. Verwacht wordt dat beide partijen hoge mate van tevredenheid zullen tonen wanneer zij het eens zijn over het gewenste resultaat en de wijze om dit resultaat te bereiken. Like en Zyzanski (1986) beweren zelfs dat de discrepantie tussen verwachtingen en de waargenomen prestatie van de medische behandeling de belangrijkste determinant van patiënten tevredenheid is, ongeacht de effectiviteit van de behandeling. McKinley en anderen (2002) onderscheiden twee aspecten van patiënten verwachtingen, namelijk verwachtingen die voortkomen uit eigen en andermans ervaringen met de zorg (normatieve/vergelijkende verwachtingen) en verwachtingen over hoe een patiënt graag zou willen dat de zorg is (geïdealiseerde verwachtingen). Zij beweren dat verschillen in tevredenheid met betrekking tot zowel bepaalde groepen als aspecten van de zorg verklaard kunnen worden door een mismatch tussen de geïdealiseerde verwachtingen en de zorg die zij feitelijk ontvangen. Williams, Weinman, Dale en Newman (1995) stellen in Hills en Kitchen (2007a) dat verwachtingen de redenen van individuen zijn om een bezoek te brengen aan een arts. Deze redenen zijn vaak gerelateerd aan een symptoom of een bezorgdheid waarvoor een aanbeveling of reactie van de arts vereist is. Patiënten hebben niet alleen verwachtingen hebben ten opzichte van wat er gebeurt tijdens de behandeling maar ook ten aanzien van de wijze waarop het gebeurt. Volgens Hills en Kitchen (2007b) komen verwachtingen met betrekking tot de behandeling en het resultaat tot stand door het ontstaan van een bepaalde lichamelijke aandoening, eerdere ervaringen, de evaluatie van die ervaringen en de behoeften van een patiënt. Tateke en anderen (2012) voegen hieraan toe dat verwachtingen ook tot stand kunnen komen door het ontvangen van informatie van anderen.

Patiënten tevredenheid kan ook gezien worden in het licht van de behoeften theorie van Maslow (1970) waarin een hiërarchisch model wordt voorgesteld en vijf niveaus van behoeften onderscheiden worden: fysiologische behoeften, veiligheid, liefde, gevoel van eigenwaarde en actualisatie (Hills &

Kitchen, 2007a). Gesteld wordt dat in de meeste gevallen eerst in de lagere orde behoeften voorzien dient te worden voordat in hogere orde behoeften voorzien kan worden en hecht meer waarde aan deze hogere orde behoeften. Behoeften kunnen dus zowel fysiologisch als psychologisch van aard zijn en patiënten zullen medische hulp gaan zoeken om in die behoeften te voorzien (Hills & Kitchen, 2007b). Patiënten kunnen bijvoorbeeld medische hulp vragen om klachten te doen wegnemen of om het functioneren en een gevoel van welzijn te herstellen. De mate waarin patiënten tevreden zijn zal afhangen van de behoeften die zij hebben en die behoeften zijn weer afhankelijk van de sociaal culturele achtergrond van de patiënt. Met betrekking tot de gezondheid is het voorzien in de behoeften belangrijk om het lichaam in balans te houden en daardoor ziekte te vermijden. Tevredenheid zou dan een gevolg zijn van handelingen om in behoeften te voorzien en het herstellen van het evenwicht waarin het lichaam verkeerd als in alle behoeften voorzien is, oftewel homeostase (Hills & Kitchen, 2007). Een behoefte zou dus kunnen ontstaan door een verstoring van de homeostase en zou een motiverende factor kunnen zijn achter het zoeken van medische hulp met als doel de balans te herstellen. Patiënten tevredenheid kan bereikt worden door patiënten te vragen hun specifieke behoeften en verwachtingen te benoemen met betrekking tot alle aspecten en fasen van de zorg. Die behoeften en verwachtingen worden op hun beurt beïnvloedt door vroegere ervaringen, actuele beperking, sociale achtergrond en persoonlijkheid. Een ander onderscheid als het gaat om behoeften maken Bergman (1983) in Hills en Kitchen (2007a). Zij stellen dat behoeften onderverdeeld kunnen worden in gezondheid-ziekte behoeften, als gezond blijven en snel herstellen van ziekte, en persoonlijke behoeften, als de behoefte aan respect, emotionele steun, relevante informatie voor het maken van beslissingen en de behoefte om als een individu behandeld te worden. Omdat deze behoeften per patiënt verschillen als gevolg van persoonlijkheidskenmerken is het van wezenlijk belang om vast te stellen welke behoeften een patiënt heeft om op adequate wijze in deze behoeften te voorzien. Johnson (1993) en Thomas en Parry (1996) hebben in het kader van de fysiotherapie echter aangetoond dat fysiotherapeuten geneigd zijn om hun inspanningen liever te richten op het aanpakken van ziekten dan op het voorzien in persoonlijke behoeften (Hills & Kitchen, 2007a). Voor fysiotherapeutische behandelingen houdt dit in dat voldaan dient te worden aan bepaalde voorwaarden die voor de gezondheid belangrijk gebleken zijn, namelijk fysieke, chemische, biologische, psychologische, interpersoonlijke en culturele voorwaarden (Hills & Kitchen, 2007a). Deze voorwaarden faciliteren het bereiken van het volledige potentiaal van patiënten. Het bereiken van het volledige potentiaal gezien kan in termen van Maslow (1970) gezien worden als een vorm van actualisatie (Hills en Kitchen, 2007a). Het bereiken van actualisatie gaat over het algemeen gepaard met grotere biologische efficiëntie, langer leven en leidt vaak tot een betere gezondheid op fysiek en mentaal vlak (Hills & Kitchen, 2007a). Als gevolg hiervan zouden patiënten in betere fysieke conditie zijn en minder blessures oplopen waardoor de kans op terugkeren kleiner wordt. Behandeling is in dat geval erg effectief en zal tot tevredenheid leiden onder patiënten. Hierdoor wordt de kans op aanbeveling groter en zullen patiënten terugkeren bij nieuwe complicaties. Weinman (2001) bevestigt dat patiënten verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van medische zorg die afhankelijk zijn van de behoeften die een patiënt heeft. Het bewust worden van die verwachtingen is voor artsen belangrijk om te kunnen begrijpen waarom patiënten hulp zoeken en om effectief op die behoeften te

kunnen reageren. Als artsen geen gehoor geven aan behoeften en zorgen van patiënten zal dat ertoe dat patiënten met hun zorgen blijven zitten en daardoor falen in het succesvol opnemen van informatie en advies (Weinman, 2001). Bovendien kunnen patiënten Volgens Maguire (1997) in Weinman (2001) de aandacht selectief richten op negatieve aspecten van de boodschap en onverschillig en miskennend reageren op neutrale of positieve signalen.

Als het gaat om de zorg op zich en onderscheiden Sitzia en Wood (1997) en Hills en Kitchen (2007a) structuur, proces en resultaat als zijnde onderliggende dimensies van respectievelijk zorg in het algemeen en fysiotherapie. Structuur betreft in dit kader alle aspecten van de instellingen waarbinnen de zorg plaatsvindt. Hierbij valt te denken aan faciliteiten, instrumenten, organisatie en de bezetting van het personeel. Het proces omvat alle activiteiten met betrekking tot het geven en ontvangen zorg. Het gaat dus om activiteiten ondernomen door zowel zorgontvanger als zorgverlener. De effecten van de zorg op gezondheidsstatus van patiënten en populaties in het heden en de toekomst vallen onder de dimensie resultaat, wat volgens Sitzia en Wood (1997) het belangrijkste aspect is. Marshall en anderen (1993) leveren bewijs voor een wat concreter multidimensionaal concept van patiënten tevredenheid met tijd, technisch, interpersoonlijk, communicatie, financieel en toegankelijkheid als significante factoren. Ook Fitzpatrick (1997) heeft in Weinman (2001) geleverd voor een multidimensionaal concept met het gedrag van de arts, informatievoorziening, technische vaardigheden van de arts, toegankelijkheid van de instelling en kwaliteit van de instelling als belangrijkste determinanten van tevredenheid. Het gedrag van de arts wordt als meest belangrijk gezien omdat deze beoordelingen op alle andere aspecten van invloed kunnen zijn (Weinman, 2001). In een onderzoek van Boudreaux en anderen (1999) bleek patiënten tevredenheid gerelateerd te zijn aan, geordend naar belangrijkheid, de mate waarin de medische staf geeft om de patiënt als persoon, een gevoel van veiligheid, begrijpelijkheid van de informatie, technische vaardigheden en wachttijd tot de arts arriveert. Sun en anderen (1999) hebben echter aangetoond dat feitelijke wachttijden niet van invloed zijn op patiënten tevredenheid. Zij veronderstellen echter wel dat de gepercipieerde wachttijd van belang is en concluderen dat het belangrijk is om deze te managen door verwachte wachttijden helder te communiceren. Als het gaat om de waarschijnlijkheid van aanbevelen blijken deze factoren ook gerelateerd te zijn, al is de volgorde iets anders en wordt daar met het zorgen voor en begaan zijn met de patiënt nog een factor aan toegevoegd (Boudreaux et al., 1999). Kenny (1995) beweert dat 'interpersoonlijke warmte en affectie' de belangrijkste factor met betrekking tot patiënten tevredenheid blijkt te zijn, gevolgd door 'competentie en informatievoorziening'. Tateke en anderen (2012) bevestigen dat technische competentie en empathie en mededogen factoren zijn die bijdragen aan patiënten tevredenheid. Kenny beweert echter dat geconcludeerd kan worden dat het merendeel van de verklaarde variantie aan de affectieve dimensie toe te wijzen is. Artsen verschillen in de mate waarin zij zich focussen op het technische of het psychosociale aspect van de zorg en tevens houden zij er andere overtuigingen op na als het gaat om de rol van de patiënt in het zorgproces, bijvoorbeeld met betrekking tot het al dan niet actief deelnemen aan beslissingen aangaande de zorg. Het uitsluitend focussen op medische aspecten van de zorg en het domineren van het interview door de arts blijkt in veel gevallen tot ontevredenheid bij patiënten te leiden (Tateke et al., 2012). Vergelijkbare

resultaten vonden Roter en anderen (1997) hebben in Weinman (2001). Zij vonden dat een psychosociale benadering van de arts leidt tot grotere tevredenheid dan een biomedische benadering. In een studie gedaan door Sergeant en Kaehler (1999) zijn de competentie van de arts en de communicatieve vaardigheden de belangrijkste determinanten gebleken. Een andere determinant die zij geïdentificeerd hebben is responsiviteit van de arts, wat inhoudt dat patiënten het belangrijk vinden dat de arts zelf actie onderneemt om aan in de behoeften van de patiënt te voorzien zodat zij de arts niet steeds lastig hoeven te vallen met vragen en dergelijke. Tevens hebben Sergeant en Kaehler (1999) diverse Amerikaanse studies geraadpleegd waaruit naar voren gekomen is dat de omgangswijze van de arts, kwaliteit van de informatie, professionele en technische competentie van de arts en interpersoonlijke en relationele vaardigheden van de arts belangrijk zijn gebleken. Tateke en anderen (2012) vonden vergelijkbare resultaten en hebben bevestigd dat de adequaatheid van de duur van een consult, empathie, technische competentie, ervaring en vaardigheid, gastvrije benadering, non-verbaal lichaamsgedrag en schoonheid van het gebouw voorspellers van patiënten tevredenheid kunnen zijn. Tenslotte heeft Pascoe (1983) heeft op basis van een uitgebreid literatuuroverzicht vastgesteld dat toegankelijkheid, beschikbaarheid, gemak, structuur van de instelling, omgeving, prijs, interactie tussen zorgverlener en patiënt, technische competentie, interpersoonlijke vaardigheden, tijd en continuïteit van de zorg belangrijke factoren van patiënten tevredenheid.

Abioye en anderen (2010) hebben aangetoond dat de interactie tussen arts en patiënt een belangrijk aspect van patiënten tevredenheid is. Zij vonden dat een hoge mate van tevredenheid met betrekking tot de interactie tussen de arts en de patiënt samenhangt met verhoogde opvolging van de behandeling, continuïteit van de zorg, participatie van patiënten bij belangrijke beslissingen en zelfs positieve aanpassingen. Daarnaast gaan patiënten sneller op zoek naar medische hulp en heeft het een positief effect op de begrijpelijkheid en het behoud van informatie (Abioye Kuteyi et al., 2010). De interactie tussen arts en patiënt als determinant van de patiënten tevredenheid kan verder onderverdeeld worden in de dimensies communicatieve vaardigheden, vertrouwen in de arts, informatievoorziening en consultatie tijd (Abioye Kuteyi et al., 2010). Het geven van informatie, het zoeken naar informatie, sociale conversatie, positief spreken, negatief spreken en het opbouwen van een partnerrelatie zijn dimensies van de arts-patiënt interactie die Weinman (2001) heeft aangetoond. Effectieve communicatie is bepalend voor de bruikbaarheid en toepasbaarheid van alle andere klinische activiteiten, vaardigheden en expertise (Abioye Kuteyi et al., 2010). Vanwege deze invloed is effectieve communicatie ook een belangrijke voorspeller van de mate waarin patiënten de behandeling opvolgen. Daarnaast is effectieve communicatie met betrekking tot oorzaken van het probleem, wachttijden en uitleg van test resultaten belangrijk gebleken als determinant van de bereidheid om terug te keren (Sun et al., 1999). Communicatieve vaardigheden en heldere communicatie met betrekking tot de behandeling zijn van grote invloed op patiënten tevredenheid en resultaten voor de gezondheid (Abioye Kuteyi et al., 2010; Tateke et al., 2012; Vukimir, 2006). Verder zijn communicatieve vaardigheden essentieel gebleken voor de arts om het vertrouwen van de patiënt voor zich te winnen (Abioye Kuteyi et al., 2010). In een onderzoek naar de determinanten van

patiënten tevredenheid met betrekking tot medische consultatie heeft Kenny (1995) aangetoond dat de houding en het gedrag van de arts, zijn persoonlijke kwaliteiten, het tonen van empathie en positief affect, het geven van steun, de interactiestijl van de arts en de hoeveelheid en kwaliteit van gegeven informatie belangrijke attributen zijn die bijdragen aan patiënten tevredenheid. Verder heeft Kenny (1995) aangetoond dat naarmate een interview langer duurt de patiënten meer tevredenheid rapporteren en dat patiënten meer tevreden zijn na een tweede gesprek dan na een eerste gesprek. Met betrekking tot het geven van medische informatie heeft Ley (1982) in Weinman (2001) bevestigd dat zowel patiënten tevredenheid als opvolging van de behandeling verhoogd worden als de informatie op begrijpelijke en herinnerbare wijze gebracht wordt. Weinman (2001) heeft ook aangetoond dat mate waarin de patiënt afhankelijk blijft aan de behandeling negatief beïnvloedt wordt door het niet voldoende begrijpen en terug kunnen halen van de gegeven informatie. Om het begrijpen en onthouden van de medische informatie te vergemakkelijken heeft Ley (1982) enkele concrete handvaten geboden die patiënten tevredenheid zullen bevorderen. Allereerst dienen medische instructies op eenvoudige geschreven wijze verschaft te worden, dat wil zeggen door korte woorden en zinnen te hanteren. Tevens dient de arts de verschaft informatie expliciet te categoriseren, belangrijke informatie te herhalen en specifieke concrete informatie te geven in plaats van meer algemene informatie.

Modellen

De belangrijkste modellen van patiënten tevredenheid zijn voorgesteld door Linder-Pelz (1982) en Lawler (1973). De definitie van patiënten tevredenheid die Linder-Pelz (1982) geeft is het fundament van het verwachting-waarde model waarin een attitude gebaseerd is op de sterkte van de cognitieve overtuigingen en de affectieve evaluaties van attributen. Door de sterkte van een overtuiging ten aanzien van een attribuut te vermenigvuldigen met de evaluatie van dat attribuut en vervolgens alle producten bij elkaar op te tellen wordt een totaalscore voor attitude verkregen (Linder-Pelz, 1982). Het model dat Linder-Pelz (1982) voorstelt is dus $\text{Attitude} = \text{Verwachting} \times \text{Prestatie}$. In het geval van patiënten tevredenheid representeren de diverse aspecten van de zorg de attributen en kan zowel een totaal score als een score per aspect van de zorg verkregen worden. Een methodologische beperking van deze benadering is dat belangrijke constructen niet goed geoperationaliseerd en getest zijn. Een meer fundamentele tekortkoming betreft het conceptualiseren van de tevredenheid als een verwachting-waarde attitude (Pascoe, 1983). Gesuggereerd wordt dat tevredenheid slechts gedeeltelijk bepaald wordt door verwachtingen en algemene waarden en dat tevredenheid veel meer beïnvloed wordt door de reactie van de patiënt op de directe ervaring met de zorg. Een ander conceptueel punt van kritiek is dat getwijfeld wordt aan de interactiviteit van de cognitieve en affectieve componenten. In plaats daarvan zouden deze determinanten quasi afhankelijk kunnen zijn en als gevolg van verschillen tussen patiënten een ander gewicht krijgen (Pascoe, 1983).

Lawler (1973) heeft alternatieve modellen voorgesteld, namelijk het discrepantiemodel en het vervullingmodel. Het vervullingmodel definieert tevredenheid als een functie van een ontvangen

hoeveelheid in een bepaalde situatie, onafhankelijk van hoeveel een patiënt zou willen ontvangen. Het discrepantie model van Lawler (1973) betreft een vergelijking tussen verwachtingen en uitkomsten. Als de geleverde prestatie aangaande een bepaald aspect van de zorg gelijk is aan de mate waarin de patiënt dat aspect belangrijk vindt is er sprake van tevredenheid op dat specifieke aspect van de zorg. Als er een negatief verschil bestaat tussen de geleverde prestatie en de mate waarin het betreffende aspect van de zorg belangrijk geacht wordt komt de zorg niet tegemoet aan de verwachting van de patiënt. In het geval van een positief verschil wordt er beter gepresteerd dan door de patiënt verwacht wordt op basis van het belang dat aan dat aspect van de zorg wordt toegekend. Het model ziet er dus als volgt uit: $Attitude = Prestatie - Belangrijkheid$. Meeste onderzoeken hebben het discrepantiemodel als uitgangspunt gebruikt en vergelijken dus de feitelijke zorg met de zorg zoals die verwacht wordt. Deze modellen hebben echter ook beperkingen. Het vervullingmodel is gebaseerd op de assumptie dat tevredenheid bepaald wordt door objectieve uitkomsten alleen en verwaarloost hierdoor de psychologische component die betrokken is bij het evalueren van uitkomsten (Pascoe, 1983). Het discrepantiemodel neemt deze psychologische component wel mee maar gaat ervan uit dat het afwijken van verwachtingen leidt tot ontevredenheid terwijl een afwijking in plaats daarvan ook tot verrassing kan leiden. Bewezen is dat het bevestigen van verwachtingen, afhankelijk van wat de verwachting is, leidt tot een extreme mate van tevredenheid (Pascoe, 1983). Het is echter hoogst onwaarschijnlijk dat het boven een verwachting uitstijgen minder tevredenheid als gevolg zal hebben dan precies krijgen wat verwacht wordt.

Ook de belangrijkste modellen uit het domein van consumenten tevredenheid steunen op de verwachtingsbenadering. Voorbeelden zijn het contrast model, assimilatie model, assimilatie-contrast model en het verwachting-disconfirmatie model. Het contrast model van Weaver en Brickman (1974) is gebaseerd op de adaptatie-level theorie van Helson (1964) en veronderstelt dat oordelen gevormd worden door eerdere ervaringen met bepaalde stimuli en het verschil tussen die verwachtingen en de nieuwe stimulus. Verschillen tussen verwachtingen en prestatie worden uitvergroot door de consument. Gevolg is dat het boven de verwachtingen uitstijgen leidt tot tevredenheid en dat het niet voldoen aan verwachtingen leidt tot ontevredenheid (Pascoe, 1983). Het assimilatie model steunt op evaluatieve consistentie benaderingen van onder andere Carlsmith en Aronson (1963) en Festinger (1957). Inconsistenties tussen verwachtingen en prestatie brengen negatieve arousal teweeg en consumenten passen hun percepties van de prestatie aan om dit negatieve gevoel te doen wegnemen. In tegenstelling tot het contrast model hoeft een prestatie die iets lager is dan verwacht niet te leiden tot ontevredenheid. Consumenten passen hun perceptie van de prestatie naar boven aan om deze gelijk te stellen aan de wat hogere verwachtingen. Ook in het assimilatie-contrast model van Sherif en Hovland (1961) dienen verwachtingen als standaard voor het vormen van oordelen ten aanzien van een bepaald product of een bepaalde service. Dit model veronderstelt dat die verwachtingen omgeven worden door een gebied van acceptatie. Afwijkingen die binnen dit gebied vallen hebben een assimilatie effect als gevolg waarbij de prestatie aan de verwachtingen gelijk gesteld worden en afwijkingen die buiten dit acceptatie gebied vallen hebben een contrast effect als gevolg waarbij het verschil tussen verwachtingen en prestatie vergroot wordt. Onderzoek van Oliver

(1979) heeft uitgewezen dat laatstgenoemde model superieur is aan de andere twee in het voorspellen van tevredenheid.

Het verwachting-disconfirmatie model van Oliver (1980) wordt gebruikt om de cognitieve component te verklaren van het evaluatieve proces dat volgt na aankoop van een product of dienst (Hills & Kitchen, 2007). Verwachtingen ten aanzien van een bepaalde attributen van een product of dienst worden vergeleken met de feitelijke prestatie op die attributen. Er is sprake van tevredenheid als de verwachtingen en prestatie gelijk zijn. Een discrepantie tussen verwachtingen en prestatie kan afhankelijk van het verschil leiden tot positieve of negatieve disconfirmatie. Bij een positief verschil tussen prestatie en verwachting wordt er beter gepresteerd dan verwacht, dit wordt positieve disconfirmatie genoemd. Van negatieve disconfirmatie is sprake bij een negatief verschil. De prestatie voldoet in dat geval niet aan de verwachting en dus is er sprake van ontevredenheid. De factoren verwachting, prestatie en disconfirmatie spelen dus een centrale rol en aangetoond is dat disconfirmatie en tevredenheid een significant positief met elkaar samenhangen (Hills & Kitchen, 1993). Tevens heeft Oliver (1980) aangetoond dat zowel verwachtingen ten aanzien van een bepaald aspect van een product of dienst als de feitelijke prestatie ervan ook direct met tevredenheid samenhangen.

Discussie

Het doel dat TopSupport nastreeft is met het onderzoeken van patiënten tevredenheid is het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de zorg om zodoende huidige patiënten te behouden en nieuwe patiënten voor te winnen. Omdat gebleken is dat het onderzoeken van patiënten tevredenheid mogelijkheden biedt ter evaluatie en verbetering van de kwaliteit van de zorg (Gadallah et al., 2003; Hekkert et al., 2009), tevreden patiënten een consistente relatie met de zorginstelling onderhouden (Sun et al., 1999; Gadallah et al., 2003; Marshall et al., 1993; Hekkert et al., 2009; Baerden & Teel, 1983) en de zorginstelling eerder aanbevelen aan anderen (Hekkert et al., 2009; Schoenfelder et al., 2011; Pascoe, 1983) kan geconcludeerd worden dat het voor TopSupport uitermate zinvol is om patiënten tevredenheid te onderzoeken. Het is aanbevolen om domeinspecifieke tevredenheid te onderzoeken omdat deze methode het mogelijk maakt om zeer gedetailleerde informatie te verkrijgen met betrekking tot diverse aspecten van de zorg (Marshall et al., 1993). Die informatie kan gebruikt worden om slecht presterende onderdelen van de zorg te signaleren en te verbeteren. Bovendien is het mogelijk om een totaalscore te verkrijgen door scores op de diverse zorgaspecten te combineren (Marshall et al., 1993). De invloed van het feit dat patiënten over het algemeen rapporteren meer tevreden te zijn dat ze werkelijk zijn rapporteren zou beperkt kunnen worden door vragenlijsten digitaal af te nemen. Dit verschijnsel wordt veelal veroorzaakt door een angst om de arts te bekritisieren om aan eventuele negatieve consequentie te ontkomen. Met het digitaal afnemen van vragenlijsten wordt de anonimiteit gewaarborgd en daardoor zullen patiënten waarschijnlijk minder terughoudend zijn in het uiten van kritiek.

Als het gaat om het conceptualiseren van patiënten tevredenheid kan gesteld worden dat het in de meeste gevallen ontbreekt aan een onderbouwde sociaal psychologische theorie (Pascoe, 1983; Williams, 1994; Williams et al., 1998). Linder-Pelz (1982) en Lawler (1973) vormen hierop een uitzondering. Linder-Pelz (1982) stelt evaluaties gelijk aan affect en hierdoor spelen cognitieve factoren dus geen rol in het evalueren van de zorg maar fungeren deze louter als indicator om te bepalen hoeveel waarde een patiënt hecht aan een bepaald aspect van de zorg. Cognitieve factoren spelen echter ook een rol in het evalueren van de zorg (Lawler, 1973; Nits & van Rushing, 2008; Abioye Kuteyi et al., 2010; Pascoe, 1983) en om deze reden wordt deze definitie niet bruikbaar geacht. Lawler (1973) definieert patiënten tevredenheid als het verschil tussen de feitelijke uitkomst en de ideale of verwachte uitkomst. In deze definitie wordt het affectieve aspect niet betrokken en daarom is ervoor gekozen deze aan te vullen op basis van de bevindingen van Pascoe (1983). Hij veronderstelt namelijk dat bij het vergelijken van de geleverde zorg met een subjectieve standaard zowel een cognitieve evaluatie als een affectieve reactie betrokken is. Patiënten tevredenheid is dus het verschil tussen een evaluatie van de zorg, die tot stand komt door een cognitieve en affectieve reactie, en de verwachte of ideale uitkomst.

De resultaten met betrekking tot karakteristieken van de patiënt bleken, op de invloed van verwachtingen en daaraan gerelateerde behoeften na, niet eenduidig te zijn. Het is echter wel aanbevolen om sociaal demografische factoren in de vragenlijst op te nemen om te bepalen of deze factoren bij TopSupport wel van invloed zijn. Ten aanzien van de zorg kan een abstracte indeling van

determinanten gemaakt worden die structuur, proces en resultaat als factoren onderscheidt (Sitzia & Wood, 1997; Hills & Kitchen, 2007a). Omdat deze indeling nogal vaag is wordt van deze optie afgezien en gekozen voor een meer concretere indeling. Het is bij deze indeling namelijk moeilijk om te bepalen welke aspecten van belang zijn. Daarnaast is het in sommige gevallen moeilijk om te bepalen bij welke factor een bepaald aspect hoort, bijvoorbeeld in het geval van prijs. Een nadeel van een meer concrete indeling zou kunnen zijn dat bepaalde factoren als gevolg van hoge correlaties moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Omdat er echter ook studies zijn die aantonen dat interpersoonlijke aspecten van de zorg niet interfereren met het vermogen van patiënten om technische aspecten te beoordelen (Marshall et al., 1993) wordt toch gekozen voor een concretere indeling waarin deze factoren van elkaar worden gescheiden. Aspecten die in de resultaten consistent naar voren komen als zijnde belangrijk in het voorspellen van patiënten tevredenheid zijn onder te verdelen in technische factoren, interpersoonlijke factoren, informatievoorziening, prijs, gepercipieerde wachttijd, toegankelijkheid, kwaliteit van de instelling en resultaat van de behandeling. Gevolg is dat vragenlijsten gezocht dienen te worden die deze factoren van patiënten tevredenheid meetbaar maken om zodoende de zorg op een onderbouwde wijze te kunnen evalueren. Marshall en anderen (1993) hebben reeds aangetoond dat Patiënt Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III) een aanzienlijk deel van deze factoren meetbaar maakt.

Met betrekking tot de onderzochte modellen kan geconcludeerd worden dat het discrepantiemodel van Lawler (1973) het meest bruikbaar is. Dit model sluit ten eerste het best aan bij de gehanteerde definitie en ten tweede maakt dit model het mogelijk om een negatieve attitude op heldere wijze van een positieve attitude te onderscheiden. Door de score voor belangrijkheid op een bepaald aspect van de zorg van de evaluatiescore op dat aspect af te trekken wordt een negatieve score verkregen als de zorg niet aan de verwachtingen voldoet, een neutrale score (0) als de zorg precies voldoet aan de verwachtingen en een positieve score als de prestatie de verwachtingen overstijgt. Verondersteld wordt dat in het eerste geval sprake is van een negatieve attitude en in beide laatste gevallen van een positieve attitude. Daarnaast is er geen bewijs geleverd voor de interactiviteit tussen cognitieve en affectieve componenten van de het verwachting-waarde model en is het mogelijk dat deze componenten quasi afhankelijk zijn en als gevolg van patiëntverschillen andere gewichten krijgen (Pascoe, 1983). Dit rechtvaardigt meteen de benadering van Lawler (1973) die beide componenten betreft in de evaluatie van een bepaald zorgaspect. Omdat Oliver (1980) echter aangetoond heeft dat er ook sprake is van een direct verband tussen de evaluatie van een bepaald aspect met tevredenheid en een direct verband van verwachtingen met tevredenheid dienen deze relaties ook onderzocht te worden. Op basis van onderzoek naar het assimilatie-contrast model (Sherif & Hovland, 1961) kan geconcludeerd worden dat kleine discrepanties tussen verwachtingen en prestaties niet zorgelijk hoeven te zijn. Zorgaspecten met dergelijke discrepanties zijn dus naar alle waarschijnlijkheid geen prioriteit in het kader van aanpassing.

Het feit dat dit een literatuurstudie betreft en resultaten dus afkomstig zijn van andere studies met elk zijn eigen beperkingen zijn die beperkingen automatisch ook van toepassing op de resultaten die in dit rapport beschreven worden. Een andere tekortkoming betreft het feit dat het beperkte tijdsbestek het niet heeft toegelaten om uitgebreid onderzoek te doen naar bestaande vragenlijsten en de

bruikbaarheid voor het veldonderzoek. Reeds zijn enkele vragenlijsten gevonden die bruikbaar kunnen zijn. Nader overleg met medisch specialisten binnen TopSupport is vereist om hier een gegrond oordeel over te kunnen vormen. Gevolg is dat vervolgonderzoek naar bestaande vragenlijsten en evaluaties van die vragenlijsten moet uitwijzen welke zich lenen voor het veldonderzoek.

De resultaten van dit onderzoek lenen zich echter wel voor het doen van enkele concrete aanbevelingen. Verwachtingen zijn erg belangrijk gebleken zijn. Gebleken is dat patiënten niet alleen verwachtingen hebben ten aanzien van het resultaat maar ook ten aanzien van de behandeling op zich. Om deze reden is het aanbevolen om bij een intake veel aandacht te besteden aan het helder krijgen van deze verwachtingen. Gevolg hiervan is dat artsen over de gespreksvaardigheden moeten beschikken die nodig zijn om patiënten hun specifieke vraag te laten formuleren en onrealistische verwachtingen om te buigen naar verwachtingen en doelstellingen die wel haalbaar zijn. Dit werkt tevredenheid in de hand. Het valt dus te overwegen om artsen die niet over dergelijke vaardigheden beschikken hierin bij te scholen.

Tevens is het aan te raden om veel aandacht te besteden aan het op heldere wijze verschaffen van medische informatie omdat zowel patiënten tevredenheid als opvolging van de behandeling verhoogd worden als informatie op begrijpelijke en herinnerbare wijze gegeven wordt. Concreet betekent dit dat medische instructies en adviezen op eenvoudige wijze verschaft dienen te worden. Dit houdt in dat korte woorden en zinnen gebruikt dienen te worden en dat specifieke informatie de voorkeur krijgt boven meer algemene informatie. Daarnaast is het aanbevolen dat een arts de patiënt helpt bij het expliciet verwerken en categoriseren van informatie en dient belangrijke informatie herhaald te worden zodat codering en opslag in het geheugen bevorderd worden.

Tenslotte is gebleken dat interpersoonlijke factoren, met name empathie, voor een aanzienlijk deel bepalen of patiënten tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. Het is daarom wenselijk om voldoende tijd te besteden aan patiënten en patiënten als persoon te behandelen. Daarnaast is het aan te raden de specifieke behoeften van patiënten helder te krijgen om daar vervolgens op effectieve wijze in te kunnen voorzien. Hierdoor zal de patiënt de zorg als prettig ervaren en is de kans op tevredenheid groter.

Literatuurlijst

- Abioye Kuteyi, A.E., Bello, E.S., Olaleye, T.M., Ayeni, I.O., & Amedi, I.M. (2010). Determinants of patient satisfaction with physician interaction: a cross-sectional survey at the Obafemi Awolowo University Health Centre, Ile-Ife, Nigeria. *SA Fam Pract*, 52:6, 557-562.
- Abvacado FNV, (2012). Marktwerving in de zorg. Opgehaald 7 maart 2013, van www.abvacadofnv.nl.
- Ahmad, I., Nawaz, A., Khan, S., Khan, H., Rashid, M.A., & Khan, M.H. (2011). Predictors of patient satisfaction. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 9:2, 183-188.
- Boudreaux, E.D., Ary, R.D., Mandry, C.V., & McCabe, B. (2000). Expectations as determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*, 18:4, 394-400.
- Carlsmith, M.J., & Aronson, E. (1963). Some hedonic consequences of the confirmation of expectancies. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 151-156.
- Crommentuyn, R. (2011). Aantal artsen groeit als kool. *Medisch Contact*, 66:2, 98-101.
- Festinger, L. (1975). *A theory of cognitive dissonance*. New York: Harper-Row.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gadallah, M., Zaki, B., Rady, M., Anwer, W., & Sallam, I. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in two districts in lower and upper Egypt. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, 9:3, 422-433.
- Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M. Berg, B. van den, & Kool, R.B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69, 68-75.
- Helson, H. (1964). *Adaptation-level theory*. New York: Harper & Row.
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23:5, 243-254. (a)
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23:5, 255-271. (b)

- Kenny, D.T. (1995). Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychology & Health*, 10:5, 427-437.
- Lawler, E.E. (1973). *Motivation in work organizations*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Like, R., & Zyzanski, S.J. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science & Medicine*. 24:4, 351-357.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, 577-582. (a)
- Linder-Pelz, S. (1982) Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, 16, 583-589. (b)
- Marshall, G.N., Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Wells, K.B. (1993). The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychological Assessment*, 5:4, 477-483.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*, 2nd ed. Harper and Row.
- McKinley, R.K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott T.K. (2002). Meeting patient expectations of care: The major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care. *Family Practice*, 19:4, 333-338.
- Nitse, P.S., & Rushing, M.D. van. (1997). Patient satisfaction. *Health Marketing Quarterly*, 14:2, 73-84.
- Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- Oliver, R.L. (1993). Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.
- Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Sargeant, A., & Kaehler, J. (1999). Factors of patient satisfaction with medical services. *Health Marketing Quarterly*, 16:1, 55-77.
- Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality of Health Care*. 23:5, 503-509.

- Sheriff, M., & Hovland, C.I. (1961) *Social judgments: Assimilations and contrast effects in communications and attitude change*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45:12, 1829-1843.
- Sun, B.C., Adams, J., John Orav, E., Rucker, D.W., Brennan, T.A., & Burstin, H.R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 35:5, 426-434.
- Tateke, T., Woldie, M., & Ololo, S. (2012). Determinants of patient satisfaction with outpatient health services at public and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of African Health Care*, 4:1, 1-11.
- Vereniging voor Sportgeneeskunde. (2008). Beleidsplan 2008-2011. Opgehaald 7 maart 2012, van www.sportgeneeskunde.com.
- Vukmir, R.B. (2006). Customer satisfaction with patient care. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17:1, 79-107.
- Weaver, D., & Brickman, P. (1974). Expectancy, feedback and disconfirmation as independent factors in outcome satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 420-428.
- Weinman, J. (2001). Doctor-patient interaction: psychosocial aspects. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 3816-3821.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept?. *Social Science & Medicine*, 38:4, 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47:9, 1351-1359.

Patiënten tevredenheid,
implicaties voor het leveren van de optimale zorg die
winnaars verdienen

Een onderzoek naar de mate waarin patiënten tevreden zijn
met de zorg die TopSupport levert

Boris Beekmans

In opdracht van: TopSupport

Patiënten tevredenheid,
implicaties voor het leveren van de optimale zorg die
winnaars verdienen

Een onderzoek naar de mate waarin patiënten tevreden zijn
met de zorg die TopSupport levert

Boris Beekmans

In opdracht van: TopSupport

Gemert, 29 maart 2013
2060214

Fontys Hogeschool HRM en Psychologie
Toegepaste Psychologie

Afstudeerdocent: Janneke Niks
Begeleider opdrachtgever: Dirk-Jan Willekens

Voorwoord

Dit is een veldonderzoek in het kader van de afstudeerstage voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan Fontys Hogeschool Eindhoven. In dit veldonderzoek worden de methode van onderzoek en de resultaten van het survey onderzoek beschreven. Bovendien worden conclusies getrokken, de resultaten bediscussieerd en aanbevelingen gedaan. Dank gaat uit naar de begeleiding vanuit zowel de opdrachtgever als de Fontys. Zonder deze voortreffelijke begeleiding was het niet gelukt om een onderzoek van deze kwaliteit op te zetten en uit te voeren. Allereerst wil ik TopSupport bedanken en met name Dirk-Jan Willekens voor de kans die mij gegeven is om aan een interessante afstudeeropdracht te mogen werken en voor de hulp en ondersteuning bij het verkrijgen van geschikte vragenlijsten en het werven van respondenten. Van de Fontys wil ik Janneke Niks bedanken voor haar goede begeleiding. Vragen werden door haar altijd tijdig beantwoord en bovendien waren de antwoorden van goede kwaliteit en erg bruikbaar.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	4
Methode	7
Resultaten	13
Conclusie en Discussie	30
Literatuurlijst	32

Samenvatting

Met dit onderzoek tracht TopSupport inzichtelijk te maken hoe tevreden patiënten zijn over de zorg die TopSupport en meer specifiek hoe tevreden patiënten zijn over de verschillende zorgaspecten, te noemen toegankelijkheid, accommodatie, communicatie, bejegening, autonomie en effect van de behandeling. Het onderzoek richt zich op zowel patiënten fysiotherapie als patiënten sportgeneeskunde. De data zijn verzameld met een online vragenlijst en patiënten zijn per mail of telefonisch benaderd voor deelname. Diverse t-toetsen en regressie analyses hebben uitgewezen dat patiënten tevreden zijn over de zorg in zijn totaliteit alsmede over de verschillende aspecten van de zorg. Patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde blijken even tevreden te zijn. De wijze van communiceren blijkt de beste voorspeller te zijn van de mate waarin patiënten de sportarts/fysiotherapeut aanbevelen aan derden. Communicatie en bejegening bepalen in belangrijke mate of patiënten hun fysiotherapeut trouw blijven terwijl de accommodatie en toegankelijkheid dit voor sportgeneeskunde bepalen. Het cijfer dat patiënten toekennen wordt voor zowel fysiotherapie als sportgeneeskunde voornamelijk bepaald door de wijze van communiceren.

Inleiding

Ontwikkelingen als het groeiende aantal artsen en de marktwerking in de zorg hebben ertoe geleid dat de medische wereld steeds commerciëler is geworden (Abvacado FNV, 2012). Er is sprake van een verschuiving van een aanbod naar een vraag gestuurde benadering waarin de patiënt centraal staat en de mening van patiënten steeds belangrijker wordt. In een steeds competitiever wordende omgeving worden zorgverleners als het ware gedwongen om marketing gerelateerde activiteiten te ontplooiën. Zij gaan op zoek naar methoden om huidige patiënten te behouden en nieuwe patiënten voor zich te winnen (Nitse & van Rushing, 2008). Patiënten laten hun keuze voornamelijk afhangen van hun kwaliteitspercepties ten aanzien van de zorg en met het onderzoeken van patiënten tevredenheid tracht men deze percepties meetbaar te maken (Tateke, Woldie & Ololo, 2012). Patiënten tevredenheid is dus een belangrijke indicator in het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de zorg (Hekkert, Cihangir, Kleefstra, van den Berg & Kool, 2009). Omdat tevreden patiënten een consistente relatie met een zorginstelling onderhouden (Sun, Adams, Orav, Rucker, Brennan & Burstin, 1999; Gadallah, Zaki, Radyh, Anwer & Sallam, 2003) en deze eerder aanbevelen aan derden (Pascoe, 1983; Hekkert et al., 2009; Schoenfelder, Klewer & Kugler, 2011) is het de methode bij uitstek om marktaandeel te behouden en te vergroten (Hekkert et al, 2009). Het zogenaamde medisch consumentisme heeft er dus toe geleid dat patiënten tevredenheid steeds belangrijker geworden is (Sun et al., 1999).

Ook voor vakgebieden als de sportmedische gezondheidszorg en de fysiotherapie blijkt patiënten tevredenheid van wezenlijk belang te zijn. Door het groeiende aantal sporters, de daarmee gepaard gaande stijging van het aantal blessures, het mondiger en veeleisender worden van patiënten, een grotere keuzevrijheid en een herstructurering van aanbod- naar vraaggestuurde gezondheidszorg is het voor de sportmedische gezondheidszorg erg belangrijk om mee te veranderen (VSG, 2008). Met het onderzoeken van patiënten tevredenheid wordt bijgedragen aan kwaliteitsontwikkeling en wordt op de beschreven ontwikkelingen ingespeeld (VSG, 2008). Doordat diverse studies naar patiënten tevredenheid hebben aangetoond dat percepties van de patiënt ten aanzien van de zorg deel moeten uitmaken van het onderzoek naar de effecten en voordelen van de zorg wordt ook binnen de fysiotherapie het belang van patiënten tevredenheid erkend (Hills & Kitchen, 2007a). Daarnaast is gebleken dat patiënten tevredenheid de participatie van de patiënt verhoogt en aangezien het welslagen van een fysiotherapeutische behandeling voor een groot deel afhankelijk is van deze participatie is onderzoek naar patiënten tevredenheid uitermate zinvol (Hills & Kitchen, 2007b).

TopSupport is op beide fronten actief en levert dus zowel sportmedische als fysiotherapeutische behandelingen. Het is het medisch sportgezondheidscentrum van het Sint Anna Ziekenhuis en is opgericht om het belang dat het Sint Anna Ziekenhuis hecht aan sport en bewegen te benadrukken. Alle krachten op het gebied van sport, bewegen, advisering, diagnostiek en blessurebehandeling zijn daarvoor gebundeld. TopSupport levert sportmedische adviezen, onderzoek en inspanningstesten, fysiotherapeutische herstelprogramma's, bewegingsprogramma's op maat en personal training. Het

richt zich op topsporters, recreatiesporters en iedereen die zich een gezondere levensstijl wil aanleren. De visie van TopSupport, 'iedereen een winnaar', steunt op het uitgangspunt dat iedereen die vol overtuiging een doel nastreeft en tracht het maximale uit zichzelf te halen een winnaar is. TopSupport zorgt voor winnaars door medische zorg van hoogste niveau te leveren en is gecertificeerd als Topsport Medisch Samenwerkingsverband (TMS) en is dus al actief op het gebied van kwaliteitsontwikkeling. In aanvulling daarop vraagt het zich af in welke mate patiënten tevreden zijn met betrekking tot de zorg in zijn geheel, alsmede de specifieke aspecten van de zorg, teneinde de zorg te kunnen verbeteren, tevredenheid onder patiënten te verhogen en zodoende huidige patiënten te behouden en nieuwe patiënten voor zich te winnen. TopSupport vraagt zich hoe tevreden patiënten zijn de zorg die zij ontvangen en welke aspecten van de zorg voor verbetering vatbaar zijn. Dit onderzoek tracht in deze behoefte te voorzien door concrete aanbevelingen te doen die op basis van de analyses gerechtvaardigd blijken.

Voor het definiëren van patiënten tevredenheid is een beroep gedaan op het discrepantiemodel van Lawler (1973) en het verwachting-waarde model van Linder-Pelz (1982a). Patiënten tevredenheid is gedefinieerd als het verschil tussen een evaluatie van diverse aspecten van de zorg, die tot stand komt door een cognitieve en affectieve reactie, en de verwachte of ideale uitkomst. Aspecten die in het literatuuronderzoek belangrijk gebleken zijn in het bepalen van patiënten tevredenheid zijn technische aspecten, interpersoonlijke aspecten, informatievoorziening, prijs, gepercipieerde wachttijd, toegankelijkheid, kwaliteit van de instelling en resultaat van de behandeling. Technische aspecten worden op advies van TopSupport niet in dit onderzoek opgenomen omdat het literatuuronderzoek heeft uitgewezen dat patiënten vaak niet het vermogen hebben om specifieke technische aspecten van de zorg te beoordelen (Marshall et al., 1993; Kenny, 1995; Tateke et al., 2012). Bovendien is TopSupport vanwege de certificering als Topsport Medisch Samenwerkingsverband (TMS) overtuigd van haar technische competentie en wil het haar patiënten niet overmatig belasten met een enorme vragenlijst. Ook het aspect van de prijs wordt niet in de vragenlijst meegenomen omdat aspect in Nederland op verzekeringsniveau geregeld is. Patiënten dienen echter wel op de hoogte te zijn van eventuele vergoedingen door de verzekeringen en dus moeten zij wel op juiste wijze voorgelicht worden. Om deze reden wordt dit aspect wel in de vragenlijst te worden opgenomen.

- Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport over de zorg zij ontvangen?
- Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport over de verschillende aspecten van de zorg?
- Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport over de verschillende items?
- Is er een verschil in tevredenheid tussen patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde?
- Welke dimensies zijn significante voorspellers van de mate waarin patiënten van TopSupport de fysiotherapeut/sportarts aanbevelen aan derden?
- Welke dimensies zijn significante voorspellers van de mate waarin patiënten van TopSupport overwegen om een andere fysiotherapeut/sportarts te nemen?

- Welke dimensies zijn significante voorspellers van het cijfer dat patiënten van TopSupport toekennen aan de fysiotherapeut/sportarts?

Methode

Algemeen

Het doel van dit onderzoek is achterhalen hoe tevreden mensen zijn over de zorg die TopSupport levert. Meer specifiek wordt tevredenheid onder patiënten met betrekking tot de verschillende zorgsoorten onderzocht, te noemen fysiotherapie en sportgeneeskunde. Bovendien wordt gekeken hoe tevreden patiënten zijn over de verschillende aspecten van de zorg. Het gaat om een kwantitatief onderzoek waarbij deelnemers een online vragenlijst hebben ingevuld.

Deelnemers

De populatie voor dit onderzoek wordt gevormd door patiënten die tussen 1 januari 2013 en 31 april 2013 bij TopSupport onder behandeling zijn geweest voor fysiotherapie ofwel sportgeneeskunde. Maandelijks starten ongeveer 200 patiënten fysiotherapie en 100 patiënten sportgeneeskunde een nieuwe behandeling. In totaal bevat de populatie voor dit onderzoek ongeveer 1200 eenheden waarvan 800 patiënten fysiotherapie en 400 patiënten sportgeneeskunde. De 848 patiënten waarvan TopSupport over het email adres kon beschikken hebben eenmalig een mail ontvangen met daarin een oproep om deel te nemen aan het onderzoek en een toelichting. Hierbij zaten 562 patiënten fysiotherapie en 286 patiënten sportgeneeskunde. Verder zijn nog eens 146 patiënten waarvan TopSupport niet kon beschikken over een email adres telefonisch benaderd en opgeroepen voor deelname. Hierbij zaten 85 patiënten fysiotherapie en 61 patiënten sportgeneeskunde. In totaal zijn dus 994 patiënten van TopSupport benaderd voor deelname. Onder deze patiënten waren 647 patiënten fysiotherapie en 347 patiënten sportgeneeskunde. In totaal hebben 175 patiënten de vragenlijst in zijn geheel ingevuld, waarvan 116 patiënten fysiotherapie (33,7%) en 59 patiënten sportgeneeskunde (65,9%). Het responspercentage voor dit onderzoek is dus erg laag (17,6%). Dit is deels te verklaren doordat alle patiënten slechts één keer benaderd zijn en dus geen reminder ontvangen hebben. Patiënten worden namelijk al meerdere keren per jaar benaderd om deel te nemen aan soortgelijke onderzoeken en TopSupport wil de patiënten niet overmatig belasten. Aan het onderzoek hebben 103 mannen (58,5%) en 73 vrouwen (41,5%) deelgenomen. De gemiddelde leeftijd is 39 jaar. De jongste deelnemer is 1 jaar, de oudste deelnemer is 74 jaar en de meest voorkomende leeftijd is 43. Voor minderjarige respondenten (< 18 jaar) is de vragenlijst ingevuld door de ouders. Wanneer gekeken wordt naar het type klachten dan blijkt dat knieklachten (18,8%) het meest voorkomen, gevolgd door rug- (18,2%) en schouderklachten (10,8%). Van de respondenten heeft 32,4% meerdere of andere klachten. Hardlopen (15,9%) is de sport die het meest door de respondenten bedreven wordt, gevolgd door voetbal (10,2%) en zwemmen (6,8%). Van de respondenten bedrijft 36,4% geen sport of een andere sport en 46% van de sporters is daadwerkelijk lid van een sportvereniging.

Procedure

Een cross-sectioneel survey onderzoek is uitgevoerd om tevredenheid onder patiënten ten aanzien van de zorg in zijn geheel alsmede de specifieke aspecten van de zorg te onderzoeken (Baarda, 2009). Allereerst is vragenlijst geheel gratis online geplaatst op www.thesistools.com. De patiënten uit de populatie zijn in het bestand van TopSupport op datum geselecteerd. Op deze wijze is een lijst verkregen met patiënten die tussen 1 januari 2013 en 31 april 2013 bij fysiotherapie ofwel sportgeneeskunde onder behandeling zijn geweest. Vervolgens zijn patiënten op die lijst met een email eenmalig per mail opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek. Het gaat dus om een gemakssteekproef omdat de patiënten die in de steekproef worden opgenomen geselecteerd zijn uit een gemakkelijk toegankelijk deel van de populatie, namelijk patiënten met een email adres (Baarda, 2009). Niet alle patiënten hebben dus evenveel kans om opgeroepen te worden voor deelname. In de oproep is toegelicht om wat voor onderzoek het gaat en wat het doel is, dat zij naar de vragenlijst worden doorverwezen door op de link in de mail te klikken, hoe lang het duurt om de vragenlijst in te vullen en dat zij goed moeten lezen en de instructies moeten opvolgen. Bovendien worden anonimiteit en vertrouwelijkheid van gegevens gegarandeerd om sociale wenselijkheid en de angst dat gegevens voor anderen beschikbaar worden zoveel mogelijk uit te sluiten. Na verloop van tijd zijn de geprinte lijsten erbij genomen om patiënten zonder email adres telefonisch te benaderen voor deelname. In dat telefoongesprek wordt eenzelfde toelichting gegeven. Patiënten die bereid waren om deel te nemen hebben een email adres doorgegeven dat eenmalig gebruikt is om een mail te versturen met een oproep tot deelname. De lijst met email adressen is vervolgens vernietigd. Patiënten hebben de vragenlijst ingevuld op een tijdstip en in een ruimte naar keuze. Op deze wijze kunnen zij de omstandigheden voor het invullen controleren en kiezen zij voor zichzelf de meest gunstige omstandigheden creëren. Nadat de vragenlijst is ingevuld kunnen de patiënten kiezen om op de hoogte gebracht te worden van de resultaten van het onderzoek. Dit wordt automatisch door de site geregeld. De data worden op de website opgevraagd in de vorm van een Excel bestand. Van daaruit worden data gekopieerd en in SPSS geplakt om vervolgens het analyse proces te kunnen starten.

Instrumenten

Voor dit onderzoek is de Patiënten Tevredenheid Survey TopSupport (PTST) gehanteerd. De vragenlijst begint met een algemeen gedeelte waarin respondenten een indicatie geven van geslacht, leeftijd, doorverwijzing, algemene gezondheid, soort klachten, beoefende sport, lidmaatschap van sportvereniging en de soort zorg die zij ontvangen hebben. Patiënten die fysiotherapie selecteren worden doorverwezen naar de vragenlijst voor fysiotherapie (PTSF) en patiënten die sportgeneeskunde selecteren worden doorverwezen naar de vragenlijst voor sportgeneeskunde (PTSS). Het gaat om een bestaande vragenlijst die reeds door Stichting Miletus gehanteerd wordt voor het evalueren van patiënten tevredenheid met betrekking tot fysiotherapeutische behandelingen, onder andere bij TopSupport. Stichting Miletus is een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg. Beide vragenlijsten bevatten schalen voor

respectievelijk toegankelijkheid van de zorg, accommodatie, communicatie, bejegening, autonomie, effect van de behandeling en verwachtingen ten aanzien van de behandelingen en zijn in grote mate hetzelfde. Voor de vragenlijst voor sportgeneeskunde zijn de termen 'fysiotherapeut' vervangen door 'sportarts' en 'fysiotherapiepraktijk' vervangen door 'sportmedische behandelcentrum'. Bovendien zijn in sommige schalen van de vragenlijst sportgeneeskunde één of enkele items verwijderd omdat deze niet van toepassing waren voor sportgeneeskunde. Dit is gedaan op aanvraag van specialisten binnen TopSupport die de vragenlijst kritisch geëvalueerd hebben voordat deze online is geplaatst. Verder is de vragenlijst en zijn schalen volledig in tact gebleven. Alle items worden beantwoord door de patiënt zelf of in geval van minderjarigheid (< 18 jaar) door de ouder van het kind.

Toegankelijkheid

Deze schaal is opgenomen om tevredenheid van patiënten ten aanzien van de mate waarin de zorg toegankelijk of beschikbaar is te meten (de Boer, Veenhof & Delnoij, 2009). De schaal bevat 7 items waarvan 6 items positief gesteld worden en 1 item negatief gesteld wordt. Een positief item wil zeggen dat een hoge score op dit item een hoge mate van tevredenheid ten aanzien dat aspect van de zorg representeert. Voor een negatief item geldt het tegenovergestelde. Alle antwoorden worden verkregen op een 4-punt Likert schaal en mogen dus op interval niveau geïnterpreteerd worden (Pallant, 2010; Field, 2009). De antwoordmogelijkheden variëren van 'nooit', 'soms', 'meestal' tot 'altijd' en in sommige gevallen is een vijfde antwoordoptie aanwezig genaamd 'niet van toepassing'. Deze antwoorden worden niet in de analyses meegenomen. Een voorbeelditem is 'Was er voor uw hulpvraag voldoende specialistische deskundigheid binnen de fysiotherapiepraktijk beschikbaar'. In vragenlijst voor fysiotherapie heeft de schaal een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,576$ en dus mag geconcludeerd worden dat de schaal net niet voldoende betrouwbaar is. Alpha waarden van minimaal 0,6 ($\alpha \geq 0,6$) zijn namelijk gewenst (Drenth & Sijsma, 2006). Omdat het in dit geval echter gaat om een bestaande vragenlijst, er geen betere opties voorhanden waren en de schaal een aspect van patiënten tevredenheid dat in het literatuuronderzoek erg belangrijk is gebleken wordt deze schaal toch in de analyse meegenomen. De toegankelijkheid schaal heeft in de vragenlijst voor sportgeneeskunde een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,692$ en dus mag geconcludeerd worden dat de verzameling items voldoende nauwkeurig meet en de verschillende items in grote mate hetzelfde meten. De schaal kan dus als intern consistent beschouwd worden.

Accommodatie

De accommodatie schaal geeft een indicatie van tevredenheid onder patiënten ten aanzien van de accommodatie van waaruit de zorg verleend wordt (de Boer et al., 2009). Het is een schaal met 6 positief gestelde items en dus betekent een positieve score op één van deze items ook een hoge mate van tevredenheid ten aanzien van het gemeten aspect. Wederom zijn alle antwoorden verkregen op een 4-punt Likert schaal. De meeste items hebben 'nooit', 'soms', 'meestal' of 'altijd' als keuzeopties en er is één item bij met 'niet', 'enigszins', 'grotendeels' en 'volledig' als keuzeopties. Wederom hebben bepaalde items een vijfde antwoordoptie 'niet van toepassing'. 'Had de fysiotherapeut voorzieningen om het wachten voor u aangenamer te maken' is een voorbeelditem.

Deze schaal is in de vragenlijst voor fysiotherapie met een waarde van $\alpha = 0,612$ voor Cronbach's Alpha voldoende betrouwbaar gebleken (Drenth & Sijsma, 2006). Met deze schaal kan dus voldoende nauwkeurig gemeten worden. In de vragenlijst voor sportgeneeskunde blijkt deze schaal bij benadering even betrouwbaar te zijn. Een analyse heeft namelijk uitgewezen dat de schaal een waarde van $\alpha = 0,604$ voor Cronbach's Alpha heeft opgeleverd en dit kan als voldoende gekwalificeerd worden.

Communicatie

Communicatie is ook een schaal die patiënten tevredenheid ten aanzien van de wijze van communiceren tracht te meten (de Boer et al., 2009). De schaal bevat 11 items die allemaal positief gesteld zijn. Een hoge score op een item betekent dus wederom een hoge mate van tevredenheid ten aanzien van het betreffende aspect van de zorg. De schaal bevat zowel items met de keuzemogelijkheden 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd' als 'niet', 'enigszins', 'grotendeels' en 'volledig'. Opnieuw zijn er items bij die vijfde keuzemogelijkheid bevatten in de vorm van 'niet van toepassing'. 'Legde uw fysiotherapeut op een begrijpelijk manier uit' is een voorbeelditem uit deze schaal. De betrouwbaarheid van deze schaal in de vragenlijst voor fysiotherapie is hoog te noemen omdat een betrouwbaarheidsanalyse een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,814$ heeft opgeleverd. De items in deze schaal zijn er dus toe in staat om nauwkeurig te meten. In de vragenlijst voor sportgeneeskunde blijkt de communicatie schaal heel erg betrouwbaar te zijn met een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,923$. De schaal meet dus erg nauwkeurig en de items binnen deze schaal meten in grote mate hetzelfde waardoor de schaal als intern consistent beschouwd kan worden.

Bejegening

Bejegening is een schaal die patiënten tevreden tracht te meten met betrekking tot de wijze waarop zij door de fysiotherapeut benaderd worden (de Boer et al., 2009). De schaal bevat 7 items waarvan er 6 positief gesteld zijn en 1 negatief. Een negatief gesteld item betekent dat een hoge score op een item staat voor een lage mate van tevredenheid ten aanzien van het aspect dat gemeten wordt. Alle items zijn gemeten op een 4-punt Likert schaal met 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd' als keuzemogelijkheden. Een voorbeelditem uit deze schaal is 'Nam uw fysiotherapeut u serieus'. De schaal is betrouwbaar gebleken aangezien deze een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,786$ heeft opgeleverd. Dit wil zeggen dat het mogelijk is om met deze schaal voldoende nauwkeurig te meten of patiënten tevreden zijn over de wijze waarop zij bejegend worden. In de vragenlijst voor sportgeneeskunde bevat deze schaal 1 item minder waardoor het totaal op 6 items uitkomt. Gevolg is dat de waarde voor Cronbach's Alpha iets lager uitvalt, namelijk $\alpha = 0,777$. Cronbach's Alpha neemt namelijk af naarmate het aantal items in de schaal afneemt (Drenth & Sijsma, 2006). Deze daling is niet problematisch omdat betrouwbaarheid nog steeds voldoende hoog te noemen is.

Autonomie

De autonomie schaal tracht tevredenheid onder patiënten te meten ten aanzien van de mate waarin zij zelfstandig met hun klachten om kunnen gaan (de Boer et al., 2009). De schaal bevat 4 items die

gemeten worden op een 4-punt Likert schaal met 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd' als antwoordmogelijkheden. Alle items zijn positief gesteld en dus betekent een hoge score op een item een hoge mate van tevredenheid ten aanzien van het gemeten aspect. Een voorbeeld item uit deze schaal is 'vroeg uw fysiotherapeut of uw oefeningen thuis goed gingen'. De schaal blijkt voldoende betrouwbaar te zijn omdat een betrouwbaarheidsanalyse een waarde van $\alpha = 0,693$ voor Cronbach's Alpha opgeleverd. Omdat deze schaal in de vragenlijst voor sportgeneeskunde slechts 1 item bevat en Cronbach's Alpha dus een waarde van $\alpha = 1$ zou aannemen is deze analyse niet uitgevoerd. Het item is wel in de vragenlijst opgenomen omdat een wezenlijk aspect van patiënten tevredenheid gemeten wordt dat ook op sportgeneeskunde van toepassing is.

Effect

De schaal voor effect tracht patiënten tevredenheid te meten ten aanzien van het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling (de Boer et al., 2009). In totaal bevat de schaal 9 items waarvan 2 items gemeten zijn op 10-punt Likert schaal. Één van deze items is negatief gesteld en dus betekent een hoge score op dit item een lage mate van tevredenheid ten aanzien van het zorgaspect dat gemeten wordt. De overige 7 items hebben een 4-punt Likert schaal en van die items is wederom 1 item negatief gesteld. Overige 6 items zijn positief gesteld. De items gemeten op een 4-punt schaal hebben variërend 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd' of 'niet', 'enigszins', 'grotendeels' en 'volledig' als antwoordmogelijkheden. Een voorbeelditem met een 10-punt schaal uit deze schaal is 'welk cijfer geeft u uw fysiotherapeut' en een voorbeelditem met een 4-punt schaal is 'had u vertrouwen in de vakbekwaamheid van uw fysiotherapeut'. Met een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,730$ is de schaal voldoende betrouwbaar gebleken in de vragenlijst voor fysiotherapie. Geconcludeerd kan worden dat de items in de schaal meten in grote mate hetzelfde en met de schaal kan voldoende nauwkeurig gemeten worden. Ook de schaal in de vragenlijst voor sportgeneeskunde is voldoende betrouwbaar te noemen. Een analyse heeft een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,764$ opgeleverd en dus kan met deze schaal voldoende nauwkeurig gemeten worden.

Verwachtingen

Deze schaal tracht inzichtelijk te maken wat de verwachtingen van patiënten zijn ten aanzien van verschillende aspecten van de zorg. Een verwachtingen is geoperationaliseerd als de mate waarin een patiënt een bepaald aspect van de zorg belangrijk vindt (Linder-Pelz, 1982a). De schaal bevat 5 items die allen op een 4-punt Likert schaal gemeten zijn met 'erg onbelangrijk', 'onbelangrijk', 'belangrijk' en 'erg belangrijk' als keuzemogelijkheden. De items zijn positief gesteld en dus betekent een hoge score op een van deze items dat de patiënt veel waarde hecht aan het betreffende aspect van de zorg. Een voorbeelditem uit deze schaal is 'hoe belangrijk vindt u de toegankelijkheid van de zorg'. De schaal uit de vragenlijst voor fysiotherapie is in hoge mate betrouwbaar gebleken omdat deze een waarde van $\alpha = 0,857$ voor Cronbach's Alpha heeft opgeleverd. De items in deze schaal meten in hoge mate hetzelfde en dus kan de schaal als intern consistent beschouwd worden. In de vragenlijst voor sportgeneeskunde is de verwachtingen schaal erg betrouwbaar gebleken. Dit komt tot

uiting in een Cronbach's Alpha van $\alpha = 0,906$. De items in deze schaal meten dus in grote mate hetzelfde en met deze schaal kan erg nauwkeurig gemeten worden.

Analyse

Allereerst zijn de items die tezamen een schaal vormen gecombineerd in gemiddelde schaalscores. Vervolgens is voor zowel de vragenlijst voor fysiotherapie als de vragenlijst voor sportgeneeskunde een nieuwe gemiddelde totaalscore aangemaakt om daarna een variabele aan te maken die de evaluatie score voor de zorg in zijn totaliteit representeert. Vervolgens is voor iedere dimensie een tevredenheids score aangemaakt door de score voor verwachtingen van de evaluatie score af te trekken. Deze gemiddelde tevredenheids scores per schaal zijn gebruikt om gemiddelde tevredenheids scores voor zowel fysiotherapie als sportgeneeskunde aan te maken om die scores vervolgens weer te combineren in een gemiddelde tevredenheids score ten aanzien van de zorg in zijn geheel.

De hoofdvraag en de eerste twee deelvragen zijn beantwoord door de beschrijvende statistieken uit te draaien en vervolgens t-toetsen voor een enkele groep uit te voeren om na te gaan hoe de gemiddelden gekwalificeerd kunnen worden. Deelvraag drie is beantwoord door meerdere t-toetsen voor twee onafhankelijke groepen uit te voeren. Laatste drie deelvragen zijn beantwoord door voor iedere deelvraag twee multiële regressie analyse uit te voeren.

Resultaten

Assumpties voor t-toetsen voor een enkele groep

In het eerste gedeelte van de resultaten worden veel t-toetsen voor een enkele groep uitgevoerd om verschillende gemiddelden te kunnen kwalificeren. Om deze toetsen te mogen uitvoeren moeten de data aan enkele assumpties voldoen. Namelijk de assumpties van meetniveau, onafhankelijkheid van waarnemingen, missende waarden, uitbijters en normale verdeling (Field, 2009). Alle scores zijn verkregen met een Likert schaal waarvan aangenomen wordt dat deze op interval niveau geïnterpreteerd mag worden (Field, 2009; Pallant, 2010). Van onafhankelijke waarnemingen is ook sprake omdat iedere score van een andere respondent afkomstig. De assumptie van de normale verdeling zou in bepaalde gevallen geschonden kunnen zijn maar omdat zowel de groep patiënten fysiotherapie (N = 96) als de groep patiënten sporgeneeskunde (N = 51) voldoende groot is mag aangenomen worden dat de t-toets voor een enkele groep robuust is tegen een eventuele schending. De toets is namelijk robuust tegen een schending als de betreffende groep minimaal 30 respondenten ($N \geq 30$) bevat (Pallant, 2010). Van missende waarden is in sommige gevallen sprake omdat bepaalde items een vijfde keuzemogelijkheid bevatten genaamd 'niet van toepassing'. Deze waarden worden simpelweg niet in de analyse meegenomen. Omdat alle waarden een reële keuzemogelijkheid uit de vragenlijst representeren kan van uitbijters geen sprake zijn en dus is ook deze assumptie ongeschonden. De t-toetsen mogen dus uitgevoerd worden.

Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport met de zorg die zij ontvangen?

Cijfertoekenning

Om een antwoord op deze vraag te verschaffen kan naar verschillende aspecten gekeken worden. Allereerst kan gekeken worden naar het cijfer dat patiënten op een 10-punt Likert schaal toekennen aan de twee afzonderlijke zorgsoorten, te noemen fysiotherapie en sportmedische zorg. Het gemiddelde cijfer voor fysiotherapie (N = 92) is $M = 8,46$ ($SD = 1,123$). Sportgeneeskunde (N=50) heeft een gemiddelde van $M = 8,37$ ($SD = 1,038$) opgeleverd. Een score voor de zorg in zijn totaliteit is verkregen door het gemiddelde van beide gemiddelden te nemen en dit heeft een score van $M = 8,43$ ($SD = 1,092$) opgeleverd.

Evaluatie scores

Door de gemiddelde evaluatie scores op de verschillende dimensies van patiënten tevredenheid te combineren worden tot een gemiddelde totaalscore wordt ook een indicator voor algemene tevredenheid verkregen. Op een vierpunt schaal hebben fysiotherapie en sportgeneeskunde respectievelijk een gemiddelde score van $M = 3,49$ ($SD = 0,338$) en $M = 3,47$ ($SD = 0,405$). In dit geval is van de gemiddelde evaluatie scores ook het gemiddelde berekend om de gemiddelde evaluatie score van $M = 3,48$ ($SD = 0,362$) voor de zorg in zijn totaliteit te verkrijgen.

Een t-toets voor een enkele groep is uitgevoerd om te bepalen of de gemiddelde evaluatie score voor de zorg in zijn totaliteit significant verschillend is van 3,5. De t-toets heeft aangetoond dat het gemiddelde niet significant verschilt van 3,5 ($t = -0,649$; $p > 0,05$). Vervolgens hebben t-toetsen uitgewezen dat de gemiddelde evaluatie scores voor zowel fysiotherapie als sportgeneeskunde niet significant van 3,5 verschillen ($p > 0,05$ voor beide zorgsoorten).

Tevredenheids scores

Een tevredenheids oordeel bestaat echter niet louter uit een evaluatie van de zorg. Gebleken is namelijk dat verwachtingen ook een belangrijke rol spelen in patiënten tevredenheid. Om deze reden worden verwachtingen ook in de analyse meegenomen. Een score voor tevredenheid wordt verkregen door een verwachting, uitgedrukt in een waarde oordeel dat patiënten toekennen aan een bepaald aspect van de zorg, van de evaluatie score af te trekken. Beide scores zijn verkregen met een 4-punt schaal. Patiënten fysiotherapie ($N = 91$) hebben een gemiddelde tevredenheids score van $M = 0,0628$ ($SD = 0,616$) en patiënten sportgeneeskunde ($N = 51$) hebben een gemiddelde tevredenheids score van $M = 0,1839$ ($SD = 0,700$). In zijn totaliteit heeft de zorg een gemiddelde tevredenheids score van $M = 0,1125$ ($SD = 0,647$) opgeleverd.

Een t-toets voor een enkele groep is vervolgens uitgevoerd om te onderzoeken of de gemiddelde tevredenheids score voor de zorg in zijn totaliteit verschillend is van 0. Dit blijkt net niet het geval te zijn ($t = 1,964$; $p > 0,05$). De twee daaropvolgende t-toetsen zijn uitgevoerd om te bepalen of de gemiddelde tevredenheids scores voor respectievelijk fysiotherapie en sportgeneeskunde significant van 0 verschillend zijn. Beide t-toetsen zijn niet significant gebleken ($p > 0,05$ voor beide zorgsoorten).

Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport over de verschillende aspecten van de zorg?

Fysiotherapie

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde evaluatie scores op diverse dimensies van patiënten tevredenheid kan met betrekking tot fysiotherapie gezegd worden dat het hoogst gescoord wordt op de dimensie bejegening met een gemiddelde score van $M = 3,75$ ($SD = 0,31$). Met een gemiddelde score van $M = 3,55$ ($SD = 0,34$) wordt daarna op de dimensie toegankelijkheid het hoogst gescoord gevolgd door respectievelijk de dimensies accommodatie ($M = 3,50$; $SD = 0,42$), communicatie ($M = 3,44$; $SD = 0,48$), effect ($M = 3,43$; $SD = 0,50$) en autonomie ($M = 3,23$; $SD = 0,68$).

Met een t-toets voor een enkele groep is getoetst of de gemiddelde evaluatie scores significant van 3,5 verschillen. Scores van 3,5 worden als zeer hoog gekenmerkt en scores groter dan 3,5 kunnen als zeer hoog tot uitstekend geduid worden. De toets heeft uitgewezen dat alleen de gemiddelde score op de dimensie bejegening significant van 3,5 verschilt ($t = 7,849$; $p < 0,001$). Bij een tweede t-toets voor een enkele groep is gebleken dat alle gemiddelden significant van 3 verschillen ($p < 0,01$ voor alle dimensies).

Wanneer voor verwachtingen gecontroleerd wordt en dus gekeken wordt naar de tevredenheids scores ten aanzien van de verschillende dimensies van patiënten tevredenheid dan valt op dat accommodatie de hoogste gemiddelde score heeft ($M = 0,42$; $SD = 0,80$). Deze score is hoger dan de gemiddelde tevredenheids score op bejegening ($M = 0,11$; $SD = 0,76$), de dimensie waarop het hoogst gescoord wordt als alleen naar evaluatie scores gekeken wordt. Daaropvolgend wordt het hoogst gescoord op de dimensie toegankelijkheid ($M = -0,04$; $SD = 0,68$). Vervolgens wordt op de dimensie autonomie het hoogst gescoord met een gemiddelde score van ($M = -0,09$; $SD = 0,92$). Het slechtst wordt gescoord door op de dimensie communicatie met een gemiddelde score van ($M = -0,11$; $SD = 0,78$). De dimensie effect is niet in de analyse meegenomen omdat dit vaak het doel is van een behandeling en patiënten daar als vanzelfsprekend veel waarde aan hechten.

Met een t-toets voor een enkele groep is getoetst of de gemiddelde scores significant van 0 verschillen. Deze toets heeft uitgewezen dat alleen de gemiddelde score op accommodatie significant van 0 verschilt ($t = 5,133$; $p < 0,001$). De scores op de overige dimensies bleken niet significant van 0 verschillend ($p > 0,05$ voor alle dimensies).

Sportgeneeskunde

Ook voor sportgeneeskunde geldt dat de dimensie bejegening de hoogste gemiddelde evaluatie score heeft ($M = 3,74$; $SD = 0,35$). Accommodatie heeft het tweede hoogste gemiddelde ($M = 3,51$; $SD = 0,39$) gevolgd door toegankelijkheid ($M = 3,36$; $SD = 0,44$). Daaropvolgend wordt gemiddeld genomen het hoogst gescoord op respectievelijk de dimensies communicatie ($M = 3,44$; $SD = 0,61$), effect ($M = 3,42$; $SD = 0,45$) en autonomie ($M = 3,12$; $SD = 0,93$).

Met een t-toets voor een enkele groep is vervolgens eerst gekeken of de gemiddelden significant van 3 verschillen. De toets heeft uitgewezen dat de gemiddelde scores op alle dimensies significant van 3 verschillen ($p < 0,01$ voor alle afhankelijke variabelen). Vervolgens heeft een tweede t-toets aangetoond dat de gemiddelde scores op de dimensies bejegening ($t = 9,165$; $p < 0,001$) en autonomie ($t = -4,327$; $p < 0,001$) significant van 3,5 verschillen. Overige scores verschillen niet significant van 3,5 ($p > 0,05$ voor alle afhankelijke variabelen).

Voor de gemiddelde tevredenheids scores van sportgeneeskunde geldt dat wederom op de dimensie accommodatie het hoogst gescoord wordt ($M = 0,630$; $SD = 0,76$). Vervolgens heeft de dimensie bejegening ($M = 0,25$; $SD = 0,70$) het hoogste gemiddelde, gevolgd door toegankelijkheid ($M = 0,06$; $SD = 0,89$). De dimensies communicatie ($M = -0,06$; $SD = 0,90$) en autonomie ($M = -0,24$; $SD = 1,27$) scoren respectievelijk het laagst en hebben beide een negatief gemiddelde.

Een t-toets voor een enkele groep heeft vervolgens doen blijken dat de gemiddelden op de dimensies accommodatie ($t = 5,934$; $p < 0,001$) en bejegening ($t = 2,574$; $p < 0,05$) significant van 0 verschillend zijn. Overige gemiddelden verschillen niet van 0 ($p > 0,05$ voor alle afhankelijke variabelen).

Zorg in totaliteit (fysiotherapie en sportgeneeskunde gecombineerd)

Om gemiddelde scores per zorgdimensie voor de zorg in zijn geheel te verkrijgen zijn de gemiddelde evaluatie scores van patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde op de diverse dimensies van de zorg gecombineerd in nieuwe variabelen. Een dergelijke variabele representeert dus het gemiddelde van de gemiddelde score voor fysiotherapie en de gemiddelde score voor sportgeneeskunde op die betreffende dimensie. Gebleken is dat over het geheel gezien het beste gescoord wordt op de dimensie bejegening ($M = 3,75$; $SD = 0,32$) gevolgd door respectievelijk de dimensies accommodatie ($M = 3,50$; $SD = 0,41$), toegankelijkheid ($M = 3,47$; $SD = 0,38$), communicatie ($M = 3,44$; $SD = 0,53$), effect ($M = 3,43$; $SD = 0,48$) en autonomie ($M = 3,21$; $SD = 0,74$).

Met meerdere t-toetsen voor een enkele groep is vervolgens getoetst hoe deze gemiddelden gekwalificeerd kunnen worden. De resultaten van de eerste t-toets hebben aangetoond dat alle gemiddelden significant van 3 verschillen ($p < 0,01$ voor alle afhankelijke variabelen). Een volgende t-toets heeft uitgewezen dat de gemiddelden op de dimensies bejegening ($t = 9,165$; $p < 0,001$) en autonomie ($t = -4,327$; $p < 0,001$) significant van 3,5 verschillen. Wederom gaat het in het geval van bejegening om een positief verschil en in het geval van autonomie gaat het om een negatief verschil. Bij het analyseren van de gemiddelde tevredenheids scores op de verschillende dimensies de zorg is gebleken op de accommodatie het hoogst gescoord wordt ($M = 0,49$; $SD = 0,79$). Daarna wordt op bejegening het hoogst gescoord ($M = 0,16$; $SD = 0,74$) gevolgd door respectievelijk toegankelijkheid ($M = -0,01$; $SD = 0,76$), communicatie ($M = 0,09$; $SD = 0,82$) en autonomie ($M = -0,11$; $SD = 1,00$).

Een t-toets voor een enkele groep is uitgevoerd om na te gaan of de gemiddelden significant van 0 verschillen. De toets heeft uitgewezen dat de gemiddelden op accommodatie ($t = 7,560$; $p < 0,001$) en bejegening ($t = 2,642$; $p < 0,01$) significant verschillen van 0. Overige gemiddelden waren niet significant verschillend van 0 ($p > 0,05$ voor alle afhankelijke variabelen).

Hoe tevreden zijn patiënten van TopSupport over de verschillende items?

Fysiotherapie

Allereerst zijn beschrijvende statistieken van alle items uit de vragenlijst fysiotherapie uitgedraaid voor een eerste screening. Vervolgens zijn twee t-toetsen voor een enkele groep uitgevoerd om te bepalen welke items significant van 3 en 3,5 verschillen om vast te kunnen stellen welke aspecten van de zorg de grootste behoefte hebben aan verbetering en dus prioriteit zijn. Uit de resultaten van de t-toets voor een enkele groep waarmee getoetst wordt of de gemiddelde scores van de opgenomen variabelen significant lager zijn dan 3,5 is gebleken dat dit ook daadwerkelijk zo is ($p < 0,05$ voor bijna alle variabelen). De variabelen 'bent u binnen vijftien minuten na de afgesproken tijd geholpen' en 'vroeg de fysiotherapeut hoe uw oefeningen thuis gingen' verschillen echter niet van 3,5 ($p > 0,05$ voor beide variabelen). Een volgende t-toets voor een enkele groep is uitgevoerd om te onderzoeken welke gemiddelden significant lager zijn dan 3. Deze t-toets heeft doen blijken dat de gemiddelden van de variabelen 'binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw fysiotherapeut', 'had de

fysiotherapiepraktijk voorzieningen om het wachten voor u aangenamer te maken' en 'hoe vaak werden uw behandelingen verstoord' significant lager zijn dan 3 ($p < 0,05$ voor al deze variabelen).

Sportgeneeskunde

De eerste t-toets heeft onderzocht welke items een gemiddelde score hebben die significant lager is dan 3,5. De resultaten wijzen uit dat de variabelen 'binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw sportarts', 'had het sportmedische behandelcentrum voorzieningen om het wachten voor u aangenamer te maken', 'gaf de sportarts goede informatie over de duur van de behandelperiode', 'gaf de sportarts u, wanneer u daarom vroeg, voldoende informatie over de vergoeding van de behandeling door uw zorgverzekeraar' en 'vond u dat u door het bezoek aan de sportarts uw dagelijkse bezigheden beter kon uitvoeren' significant lager zijn dan 3,5 ($p < 0,05$ voor deze variabelen). Met een tweede t-toets is nagegaan welke variabelen significant lager zijn dan 3. Deze toets heeft aangetoond dat geen enkele variabele een gemiddelde score heeft die significant lager is dan 3 ($p > 0,05$ voor alle variabelen).

Is er een verschil in tevredenheid tussen patiënten sportgeneeskunde en fysiotherapie?

Assumpties

Om te bepalen of er sprake is van een verschil in tevredenheid tussen fysiotherapie en sportgeneeskunde is voor zowel de evaluatie scores als de tevredenheids scores een t-toets voor twee onafhankelijke groepen uitgevoerd. Voor het uitvoeren van een t-toets voor onafhankelijke groepen wordt er nog een assumptie toegevoegd omdat je twee groepen met elkaar gaat vergelijken. Om een eerlijke vergelijking te garanderen moet de spreiding in iedere groep bij benadering gelijk zijn. Het gaat dan om de assumptie homogeniteit van variantie (Pallant, 2010). Met Levene's toets voor homogeniteit van varianties kan dit onderzocht worden en deze toets heeft aangetoond dat de varianties van patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde alleen in de gemiddelde evaluatie score ($F = 4,662$; $p < 0,05$) en de evaluatie score op de dimensie autonomie ($F = 6,267$; $p < 0,05$) van elkaar verschillen. In beide gevallen is de spreiding groter voor patiënten sportgeneeskunde. Omdat de toets corrigeert voor deze verschillen in spreiding wordt met dit gegeven rekening gehouden en is de t-toets ook robuust tegen de schending van deze assumptie.

Evaluatie scores

Uit de resultaten van de t-toets gebleken dat er geen verschil is tussen het gemiddelde voor fysiotherapie en het gemiddelde voor sportgeneeskunde ($t = 0,147$; $p > 0,05$). Patiënten fysiotherapie ($M = 3,48$; $SD = 0,36$) en patiënten sportgeneeskunde ($M = 3,47$; $SD = 0,41$) zijn dus even positief over de zorg die zij bij TopSupport ontvangen hebben. Wanneer gekeken wordt naar verschillen in evaluatie scores op de verschillende zorgdimensies dan blijkt dat er een verschil bestaat tussen het gemiddelde van patiënten fysiotherapie ($M = 3,53$; $SD = 0,33$) en dat van patiënten sportgeneeskunde ($M = 3,36$; $SD = 0,44$) op toegankelijkheid van de zorg ($t = 2,705$; $p < 0,01$). Voor alle andere

dimensies zijn geen significante verschillen gevonden ($p > 0,05$ voor alle andere afhankelijke variabelen).

Tevredenheids scores

De t-toets voor twee onafhankelijke groepen heeft aangetoond dat er geen significant verschil in tevredenheid is tussen patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde ($t = -1,081$; $p > 0,05$). Ook voor de verschillende dimensies van de zorg is gebleken dat er geen significante verschillen in tevredenheid zijn tussen patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde ($p > 0,05$ voor alle afhankelijke variabelen).

Welke dimensies zijn significante voorspellers van de mate waarin patiënten van TopSupport de fysiotherapeut/sportarts aanbevelen aan derden?

Fysiotherapie

Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden met behulp van een regressie analyse dient voldaan te worden aan de assumpties van gerelateerde paren, multicollineariteit, uitbijters, normaliteit, lineariteit, homoscedasticiteit en onafhankelijke residuen. Van gerelateerde paren is sprake omdat iedere respondent met een score op een variabele ook een score heeft op de afhankelijke variabele uithet regressiemodel. Het testen van de assumptie van multicollineariteit wijst uit dat alle onafhankelijke variabelen substantieel correleren met de mate waarin patiënten de fysiotherapeut aanbevelen aan derden ($r > 0,3$; $p < 0,01$ voor alle relaties). Onderling correleren de onafhankelijke variabelen niet te hoog met elkaar. Alleen het verband tussen de totaalscores op de dimensies communicatie en bejegening heeft een vrij hoge correlatie van $r = 0,709$ ($p < 0,0005$). Dit wordt niet problematisch geacht omdat deze correlatie niet hoger is dan de kritieke waarde van $r = 0,8$ (Field, 2009). Een inspectie van de coëfficiënten tabel bevestigt dat van multicollineariteit geen sprake is. De gevonden Tolerantie waarden blijken namelijk allemaal groter dan 0,10 te zijn (Tolerantie $> 0,10$ voor alle onafhankelijke variabelen). De Tolerantie waarden worden verkregen door de formule $\text{Tolerantie} = 1 - R^2$ voor iedere onafhankelijke variabele toe te passen en waarden kleiner dan 0,10 kunnen als problematisch gezien worden. Een Tolerantie waarde geeft een indicatie van hoeveel variantie in de afhankelijke variabele alleen door die onafhankelijke variabele verklaard kan worden en dus niet door andere onafhankelijke variabelen in het model. In dit geval verklaren alle onafhankelijke variabelen dus een aanzienlijk deel van de variantie in de afhankelijke variabele dat niet door andere onafhankelijke variabelen verklaard kan worden. De VIF waarden bevestigen dat van multicollineariteit geen sprake is omdat deze waarde voor elke onafhankelijke variabele kleiner is dan 10 ($\text{VIF} < 10$ voor alle onafhankelijke variabelen). De VIF waarde is het omgekeerde van tolerantie en wordt berekend met de formule $\text{VIF} = 1 / \text{Tolerantie}$. Van VIF waarden groter dan 10 wordt aangenomen dat ze problematisch zijn (Pallant, 2010). Van uitbijters kan in feite ook geen sprake zijn omdat alle waarden een reële keuzeoptie uit de vragenlijst representeren. Bovendien zijn er geen gestandaardiseerde residuen met een waarde die hoger is dan 3 of lager is dan -3. Wanneer gekeken wordt naar de Mahalanobis afstanden blijkt dat er twee gevallen zijn die een waarde hebben hoger is dan de kritieke

chi kwadraat waarde (20,515), namelijk 24,997 en 23,283 (Hinkle, Wiersma & Jurs, 2003). Om te controleren of deze gevallen buitengewoon veel invloed hebben op de resultaten van de analyse is gekeken naar de Cook's Distance waarden voor deze gevallen. Deze inspectie heeft uitgewezen dat beide gevallen respectievelijk een Cook's Distance waarde hebben van 0,002 en 0,035 en dus kan geconcludeerd worden dat deze gevallen niet problematisch zijn omdat ze niet bovenmatig veel invloed uitoefenen op de resultaten. De maximale waarde voor Cook's Distance is 0,273. Waarden die hoger zijn dan 1 kunnen een potentieel probleem vormen maar omdat de maximale waarde daar ver onder ligt kan geconcludeerd worden dat van gevallen met buitengewoon veel invloed geen sprake is. Het visueel inspecteren van de scatterplot heeft uitgewezen dat ook de assumptie van homoscedasticiteit niet geschonden is. De spreiding van de gestandaardiseerde residuen is namelijk op ieder niveau van door het model voorspelde waarden variabel bij benadering gelijk. Bovendien is een regressie analyse tamelijk robuust tegen een eventuele schending van deze assumptie (Keith, 2006). Het testen van de assumptie van normaal verdeelde residuen met de Kolmogorov-Smirnov toets heeft doen blijken dat de verdeling van de residuen significant afwijkt van een normale verdeling ($D(95) = 0,135$; $p < 0,05$). Visuele inspectie van de histogram en de Normal Probability Plot heeft bevestigd dat de verdeling van gestandaardiseerde residuen ietwat van een normale verdeling afwijkt maar bij benadering normaal is. Bovendien is de regressie analyse robuust tegen een schending van deze assumptie omdat voldaan wordt aan de eis dat minimaal 50 respondenten ($N \geq 50$) nodig zijn om een power van 0,8 te verkrijgen bij een effect grootte van minimaal 0,15 ($R^2 \geq 0,15$) (Keith, 2006). De effect grootte is in dit geval groter en de groep patiënten fysiotherapie voldoende groot ($N = 95$) om een power van nagenoeg 1,0 te op te leveren (Keith, 2006). Dit houdt in dat de kans op het succesvol verwerpen van de nul hypothese nagenoeg 100% is. De regressie analyse is dus robuust tegen een eventuele schending van de assumptie. Van lineariteit is ook sprake omdat een visuele inspectie van scatterplots waarin de ongestandaardiseerde residuen worden afgezet tegen de verschillende onafhankelijke variabelen hebben uitgewezen dat de data in alle plots het best gerepresenteerd kunnen worden door een rechte horizontale lijn die start bij een waarde 0 voor het gestandaardiseerde residu (Y-as). Tenslotte kan gezegd worden dat ook de assumptie van onafhankelijkheid van residuen ongeschonden blijft omdat de Durbin Watson toets een waarde van 1,741 heeft opgeleverd. Een waarde die veel lager of hoger is dan 2 wordt problematisch geacht en omdat de gevonden waarde niet veel lager is dan 2 wordt aangenomen dat van autocorrelatie geen sprake is (Field, 2009). Dit betekent dat nabijgelegen residuen niet aan elkaar gerelateerd zijn, ofwel dat het residu van een bepaalde waarneming niet correleert met het residu van een andere waarneming en dus onafhankelijk is. Omdat alle assumpties ongeschonden zijn gebleken of de analyse robuust is tegen een eventuele schending mag de regressie analyse uitgevoerd worden.

Om te bepalen of de dimensies toegankelijkheid, accommodatie, communicatie, bejegening en autonomie significante voorspellers zijn van de mate waarin patiënten de fysiotherapeut zullen aanbevelen aan derden is een multiële regressie analyse uitgevoerd. De resultaten hebben aangetoond dat model als geheel significant is ($F(5,89) = 22,487$; $p < 0,0005$) en in staat is om 53,3% van de variantie in de afhankelijke variabele, de mate waarin patiënten de fysiotherapeut aanbevelen,

te verklaren ($R^2 = 0,533$). Een evaluatie van de voorspellers heeft uitgewezen dat alleen de onafhankelijke variabele communicatie een significante voorspeller is van de mate waarin patiënten de fysiotherapie zullen aanbevelen aan derden ($\beta = 0,633$; $p < 0,0005$). Overige variabelen zijn niet significant gebleken ($p > 0,05$ voor alle overige onafhankelijke variabelen). Gevolg is dat het regressie model er als volgt komt uit te zien:

$$\text{FT_Effect_Aanbevelen} = -0,582 + 0,633 * \text{FT_Communicatie_Totaalscore}$$

Sportgeneeskunde

Allereerst wordt moet gezegd worden dat de dimensie autonomie wordt niet in de analyse opgenomen omdat deze maar één vraag bevat waarop ook niet van toepassing geantwoord kan worden. Deze keuzemogelijkheid wordt vanzelfsprekend niet in de analyse opgenomen. Om die reden bevat deze dimensie een beperkt aantal resultaten met als gevolg dat de groep niet voldoende groot is om de analyse robuust te laten zijn tegen eventuele schendingen (Keith, 2006). Het testen van de assumpties voor het uitvoeren van een regressie analyse heeft vervolgens uitgewezen dat de residuen van de mate waarin de sportarts wordt aanbevolen aan derden normaal verdeeld zijn ($D(51) = 0,186$; $p < 0,05$). De grootte van de groep patiënten sportgeneeskunde is echter voldoende groot ($N = 51$) om bij een effectgrootte van minimaal 0.15 ($R^2 \geq 0,15$) om een power te verkrijgen groter dan 0,8 (Keith, 2006). Van multicollineariteit blijkt bovendien geen sprake te zijn. Alle onafhankelijke variabelen hangen substantieel samen met de afhankelijke variabele ($r > 0,3$; $p < 0,05$ voor alle onafhankelijke variabelen). Accommodatie ($r = 0,274$) vormt hierop een uitzondering maar die correlatie is maar ietwat kleiner dan 0,3 en dus wordt deze voorspeller wel gewoon in de analyse meegenomen. Van te hoge onderlinge correlaties is bij de onafhankelijke variabelen geen sprake. Alleen communicatie en bejegening hebben een hoge positieve correlatie maar omdat deze niet groter is dan 0,8 ($r = 0,704$) wordt dit niet problematisch geacht (Field, 2009). Wanneer gekeken wordt naar de collineariteit diagnostieken in de coëfficiënten tabel dan blijkt dat de Tolerantie waarden allemaal groter zijn dan 0,10 (Tolerantie $> 0,10$ voor alle onafhankelijke variabelen) en dat de VIF waarden allemaal veel kleiner zijn dan 10 (VIF < 10 voor alle onafhankelijke variabelen). Dat van multicollineariteit geen sprake is wordt hiermee bevestigd. De assumptie van lineariteit is ook ongeschonden. Visuele inspectie van de scatterplots waarin de ongestandaardiseerde residuen zijn afgezet tegen de onafhankelijke variabelen wijst uit dat de data in alle scatterplots het best gerepresenteerd kunnen worden door een horizontale rechte lijn met een waarde van 0 op de voor ongestandaardiseerde residuen als startpunt. Bovendien is de spreiding van de gestandaardiseerde residuen op ieder niveau van de gestandaardiseerde voorspelde waarden bij benadering gelijk waardoor van homoscedasticiteit ook geen sprake kan zijn. Mocht dat wel zo zijn dan is de regressie analyse tamelijk robuust tegen een eventuele schending bij een groep die zo groot is als deze (Keith, 2006). Het controleren op uitbijters wijst uit dat er één geval is met een gestandaardiseerd residu dat kleiner is dan -3,3. Dit geval wordt echter gewoon in de analyse meegenomen omdat er geen gevallen zijn die buitengewoon veel invloed uitoefenen op het resultaat van de analyse. De maximale waarde voor Cook's Distance blijkt namelijk 0,184 te zijn en dit is veel lager dan de kritieke waarde van 1. Van een

waarde voor Cook's Distance die groter is dan 1 wordt verwacht dat deze voor grote problemen zal zorgen (Pallant, 2010). Tenslotte heeft het bekijken van de Durbin Watson waarde uitgewezen dat de assumptie van onafhankelijkheid van residuen ook ongeschonden is. Deze waarde (Durbin Watson = 2,124) is namelijk niet veel groter dan de gewenste waarde van 2 (Field, 2009). De regressie analyse mag uitgevoerd worden

Een multiële regressie analyse is uitgevoerd met toegankelijkheid, accommodatie, communicatie en bejegening als onafhankelijke variabelen. Deze analyse heeft aangetoond dat het model als geheel significant is gebleken ($F(4,46) = 9,293$; $p < 0,0005$). Met dit model kan in totaal 39,9% van de variantie in de mate waarin patiënten de sportarts aanbevelen aan derden met het model verklaard worden ($R^2 = 0,399$). Van de onafhankelijke variabelen blijkt alleen communicatie een significante voorspeller te zijn ($\beta = 0,701$; $p < 0,0005$). De variabelen toegankelijkheid, accommodatie en bejegening zijn dus niet significant gebleken ($p > 0,05$ voor alle onafhankelijke variabelen). Het volgende regressiemodel kan dus worden opgesteld:

$$\text{SG_Effect_Aanbevelen} = 1,643 + 0,701 * \text{SG_Communicatie_Totaalscore}$$

Welke dimensies zijn significante voorspellers van de mate waarin patiënten van TopSupport overwegen om een andere fysiotherapeut/sportarts te nemen?

Fysiotherapie

Het testen van de assumpties alvorens een regressie analyse te mogen uitvoeren om te bepalen welke dimensies significante voorspellers zijn van de mate waarin patiënten fysiotherapie overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen heeft uitgewezen dat van multicollineariteit geen sprake is. In de tabel met correlaties valt af te lezen dat de dimensie accommodatie ($r = -0,055$) niet samenhangt met de afhankelijke variabele de mate waarin patiënten overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen ($r < 0,1$). Omdat het alleen zinvol is om een voorspeller in het regressie model op te nemen als deze substantieel samenhangt met de afhankelijke variabele ($r \geq 0,3$) wordt accommodatie niet in het regressie model opgenomen. Overige variabelen hangen wel substantieel met de afhankelijke variabele samen ($r > 0,3$ voor alle overige variabelen). Wanneer de correlaties van de onafhankelijke variabelen onderling bekeken worden dan valt op dat de gemiddelde score op de dimensie communicatie een sterk positief verband heeft met de score op de dimensie bejegening ($r = 0,709$) maar omdat dit verband niet groter is dan 0,8 wordt ervan uitgegaan dat van multicollineariteit geen sprake is (Field, 2009). Dit wordt bevestigd door de Tolerantie en VIF waarden in de tabel met collineariteit diagnostieken te inspecteren. Uit die inspectie blijkt dat de Tolerantie waarde voor iedere onafhankelijke variabele groter is dan 0,10 (Tolerantie $> 0,10$ voor alle onafhankelijke variabelen). Dit geldt dus ook voor de variabelen communicatie (Tolerantie = 0,616) en bejegening (Tolerantie = 0,472). Deze variabelen verklaren ieder dus een substantieel deel van de variantie dat niet door andere variabelen verklaard kan worden. Ook de VIF waarde ligt voor iedere onafhankelijke variabele boven de kritieke waarde van 10 ($VIF > 10$ voor alle onafhankelijke variabelen). Geconcludeerd kan

worden dat van multicollineariteit geen sprake is. De assumptie van normaal verdeelde residuen blijkt wel geschonden te zijn. De Kolmogorov-Smirnov toets heeft namelijk aangetoond dat de verdeling significant afwijkt van een normale verdeling ($D(92) = 0,186$; $p < 0,001$). Visuele inspectie van de histogram en scatterplots heeft dit bevestigd. Een regressie analyse is echter vrij robuust tegen een eventuele schending van deze assumptie als de groep voldoende groot is (Keith, 2006). Gebleken is dat de power, oftewel de kans op het succesvol verwerpen van de nul hypothese, bij benadering 1,0 is bij een effectgrootte van minimaal 0,15 ($R^2 = 0,15$) en een groepsgrootte van $N = 96$ en om die reden mag gesteld worden dat de analyse in dit geval robuust is tegen de schending. Een visuele inspectie van de scatterplots waarin de residuen afgezet worden tegen de onafhankelijke variabelen heeft doen blijken dat voor alle onafhankelijke variabelen sprake is van een lineair verband omdat in iedere scatterplot een horizontale rechte lijn vanaf waarde 0 voor residuen (Y-as) de best passende lijn is voor de verzameling van datapunten. Van homoscedasticiteit is ook geen sprake omdat de spreiding van de gestandaardiseerde residuen op ieder niveau van er gestandaardiseerde door het model voorspelde waarden bij benadering gelijk is. Bovendien is een regressie analyse tamelijk robuust tegen een eventuele schending als de groep, zoals in dit geval, voldoende groot is (Keith, 2006). Een inspectie op uitbijters wijst uit dat er twee gevallen zijn die een gestandaardiseerd residu hebben dat groter is dan 3,3. Een evaluatie van Mahalanobis afstanden wijst bovendien uit dat twee gevallen een waarde voor hebben die groter is dan de kritieke chi kwadraat waarde (18,465) voor vier voorspellers (Hinkle et al., 2003). Wanneer vervolgens gecontroleerd wordt of er gevallen in de analyse zijn opgenomen die bovenmatig veel invloed op de resultaten zullen hebben blijkt dat dit niet het geval is omdat er geen geval is opgenomen met een waarde voor Cook's Distance die groter is dan 1 (Cook's Distance < 1 voor alle gevallen). Tenslotte blijken de residuen ook onafhankelijk van elkaar te zijn en dus blijft ook de laatste assumptie ongeschonden. De Durbin Watson toets heeft namelijk een waarde opgeleverd die niet veel kleiner is dan 2, wat een gezonde waarde voor deze toets is (Durbin Watson = 1,959). De gevonden waarde is bijna gelijk aan twee waardoor deze niet problematisch wordt geacht (Field, 2009). De regressie analyse mag dus uitgevoerd worden.

Een multipele regressie analyse is uitgevoerd om te bepalen welke onafhankelijke variabelen significante voorspellers zijn van de mate waarin patiënten overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen. Het model als geheel is significant gebleken ($F(5,90) = 12,875$; $p < 0,0005$) en verklaart in totaal 38,5% van de variantie in de afhankelijke variabele, de mate waarin patiënten overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen ($R^2 = 0,385$). Van de onafhankelijke variabelen blijken de gemiddelde score op de dimensie bejegening ($\beta = -0,622$; $p < 0,01$) en de gemiddelde score op communicatie ($\beta = -0,334$; $p < 0,05$) significante voorspellers te zijn van de mate waarin patiënten overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen. Overige variabelen bleken niet significant te zijn ($p > 0,05$ voor alle overige variabelen) en dus komt het regressie model er als volgt uit te zien:

$$\text{FT_Effect_Veranderen} = 4,494 + -0,622 * \text{FT_Bejegening_Totaalscore} + -0,334 * \text{FT_Communicatie_Totaalscore}$$

Sportgeneeskunde

Met betrekking tot sportgeneeskunde is bij het testen van de assumpties voor het uitvoeren van de regressie analyse gebleken dat van multicollineariteit geen sprake is. Alle onafhankelijke variabelen, op bejegening na, correleren namelijk substantieel met de afhankelijke variabele ($r \geq 0,3$ voor alle onafhankelijke variabelen behalve bejegening). De onafhankelijke variabele bejegening wordt dus niet in de regressie analyse meegenomen. De correlaties tussen de onafhankelijke variabelen onderling zijn niet dermate hoog dat dit voor grote problemen zal gaan zorgen ($r < 0,8$ voor alle relaties). Dit wordt bevestigd door Tolerantie en VIF waarden te evalueren. Geen enkele onafhankelijke variabele heeft namelijk een waarde voor Tolerantie die kleiner is dan 0,10 (Tolerantie $> 0,10$ voor alle onafhankelijke variabelen) of een VIF waarde die hoger is dan 10 (VIF < 10 voor alle onafhankelijke variabelen). De gestandaardiseerde residuen blijken niet normaal verdeeld te zijn. De Kolmogorov-Smirnov toets ($D(51) = 0,151$; $p < 0,01$) heeft namelijk uitgewezen dat de verdeling van gestandaardiseerde residuen significant van een normale verdeling afwijkt. De groep is in dit geval voldoende groot om ervan uit te kunnen gaan dat de toets robuust is tegen deze schending (Keith, 2006). Gegeven een effectgrootte van minimaal 0,15 ($R^2 \geq 0,15$) en een groepsgrootte van 51 ($N = 51$) blijkt namelijk de analyse een power te hebben die groter is dan 0,8. De assumptie van lineariteit is ook ongeschonden omdat uit de scatterplots waarin de residuen worden afgezet tegen de verschillende onafhankelijke variabelen blijkt dat het verband tussen de datapunten het best gerepresenteerd kan worden door een horizontale rechte lijn die start vanaf waarde 0 voor ongestandaardiseerde residuen op de Y-as. De scatterplot waarin de gestandaardiseerde residuen worden afgezet tegen de gestandaardiseerde voorspelde waarden wijst uit dat de spreiding van de gestandaardiseerde residuen op ieder niveau van de gestandaardiseerde voorspelde waarden bij benadering gelijk is. Bovendien is de analyse met een groep zo groot als deze robuust tegen een eventuele schending (Keith, 2006). Van uitbijters blijkt geen sprake te zijn omdat geen enkel geval een gestandaardiseerd residu heeft dat kleiner is dan -3,3 of groter dan 3,3. Er is maar één geval met een waarde voor Mahalanobis afstand (18,895) die de kritieke waarde van 18,465 licht overstijgt. Er is echter geen enkel geval met een waarde voor Cook's Distance groter is dan 1 (Cook's Distance < 1 voor alle onafhankelijke variabelen). Tenslotte blijken ook de residuen onafhankelijk van elkaar te zijn omdat Durbin Watson waarde (Durbin Watson = 2,325) dicht bij 2 is gelegen. De regressie analyse mag dus uitgevoerd worden.

Een multiële regressie analyse om te bepalen wat de invloed is van de onafhankelijke variabelen op de mate waarin patiënten overwegen om een andere sportarts te nemen heeft doen blijken dat het model als geheel significant is ($F(3,47) = 8,495$; $p < 0,0005$). Het model is in staat om in totaal 31% van de variantie in de afhankelijke variabele te verklaren ($R^2 = 0,310$). Van de onafhankelijke variabelen blijken accommodatie ($\beta = -0,700$; $p < 0,01$) en toegankelijkheid ($\beta = -0,537$; $p < 0,05$) significante voorspellers te zijn van de mate waarin patiënten overwegen om een andere sportarts te nemen. Het regressie model is als volgt:

$$\text{SG_Effect_Veranderen} = 5,295 + -0,537 * \text{SG_Toegankelijkheid_Totaalscore} + -0,700 * \text{SG_Accommodatie_Totaalscore}$$

Welke dimensies zijn significante voorspellers van het cijfer dat patiënten van TopSupport toekennen aan de fysiotherapeut/sportarts?

Fysiotherapie

Het testen van de assumptie van multicollineariteit heeft uitgewezen dat bijna alle variabelen substantieel samenhangen met de afhankelijke variabele, te noemen het cijfer dat patiënten toekennen aan de fysiotherapeut ($r > 0,3$; $p < 0,05$ voor alle onafhankelijke variabelen op één na). Accommodatie vormt hierop echter een uitzondering ($r = 0,244$; $p < 0,01$) maar omdat deze correlatie niet veel lager is dan 0,3 en er toch sprake is van een klein verband wordt dit niet problematisch geacht. Uit het bekijken van de correlaties tussen de onafhankelijke variabelen onderling is gebleken dat geen enkel paar onafhankelijke variabelen een correlatie groter dan 0,8 heeft ($r = 0,709$; $p < 0,0005$). Een extra controle voor multicollineariteit is gedaan door de collineariteit diagnostieken te analyseren. Uit deze controle is gebleken dat de tolerantie waarden voor alle onafhankelijke variabelen groter zijn dan 0.10 en de VIF waarden voor alle onafhankelijke variabelen niet groter dan 10. Deze controle bevestigt dus dat van multicollineariteit geen sprake is. Dit betekent dat de variantie in de afhankelijke variabele die door een bepaalde onafhankelijk variabele verklaard wordt niet voor een groot deel door een andere onafhankelijke variabele verklaard kan worden. De assumptie van normaal verdeelde residuen blijft ook ongeschonden. Allereerst heeft de Kolomogorov-Smirnov toets aangetoond dat de verdeling van de residuen niet afwijkt van een normale verdeling ($D(96) = 0,59$; $p > 0,05$). Visuele inspectie van de Normal Probability Plot heeft vervolgens bevestigd dat de residuen normaal verdeeld zijn aangezien bijna alle punten gelegen zijn op de diagonale rechte lijn en er geen sprake is van grote afwijkingen. Het bestuderen van de gestandaardiseerde residuen heeft uitgewezen dat er geen sprake is van uitbijters. Er zijn namelijk geen gestandaardiseerde residuen met waarden groter dan 3,3 of met waarden kleiner dan -3,3. Er zijn echter wel twee gevallen met waarden voor Mahalanobis afstand die de kritieke waarde van 20,515 bij een model met vijf voorspellers overstijgen, namelijk 24,997 en 23,283. Vervolgens is naar Cook's Distance waarden gekeken om te bepalen of er gevallen zijn die bovenmatig veel invloed hebben op de resultaten. Omdat geen enkele Cook's Distance waarde boven 1 uitstijgt kan aangenomen worden dat er geen problematische gevallen zijn die bovenmatig veel invloed op de resultaten hebben. Ongeschonden is ook de assumptie van lineariteit omdat de punten in de scatterplots waarin de ongestandaardiseerde residuen worden afgezet tegen de onafhankelijke variabelen uitgewezen hebben dat in alle gevallen sprake is van lineair verband. De data zijn namelijk in alle gevallen het best te representeren door een horizontale rechte lijn die start bij waarde 0 voor ongestandaardiseerde residuen. In de scatterplot waarin de gestandaardiseerde residuen zijn afgezet tegen de voorspelde waarden door het model is te zien dat de spreiding van de gestandaardiseerde residuen bij benadering gelijk is op alle niveaus van de voorspelde waarden waardoor van homoscedasticiteit geen sprake kan zijn. Tenslotte heeft de Durbin-Watson toets aangetoond dat de residuen onafhankelijk van elkaar zijn. De Durbin-Watson

heeft een waarde van 1,643. Omdat deze waarde dicht bij 2 ligt en dus nog vrij ver van 1 verwijderd is mag geconcludeerd worden dat de residuen onafhankelijk zijn. Alle assumpties zijn dus ongeschonden en de regressie analyse mag uitgevoerd worden.

Een multipele regressie analyse is uitgevoerd om de invloed van de onafhankelijke variabelen toegankelijkheid, accommodatie, communicatie, bejegening en autonomie op het cijfer dat patiënten van TopSupport toekennen aan de fysiotherapeut te onderzoeken. Het regressie model als geheel is significant gebleken ($F(5,90) = 20,729$; $p < 0,0005$) en verklaart 50,9% van de variantie ($R^2 = 0,509$) in de afhankelijke variabele, het cijfer dat patiënten van TopSupport toekennen aan de fysiotherapeut. Van de onafhankelijke variabelen blijkt echter alleen communicatie ($\beta = 1,192$; $p < 0,0005$) een significant positief effect te hebben op het cijfer dat patiënten toekennen aan de fysiotherapeut. Het volgende regressie model kan opgesteld worden.

$$FT_Effect_Cijfer = 1,088 + 1,192 * FT_Communicatie_Totaalscore$$

Sportgeneeskunde

Voor sportgeneeskunde is ook een regressie analyse uitgevoerd om de invloed van de onafhankelijke variabelen te onderzoeken op het cijfer dat patiënten toekennen aan de sportarts. Wanneer gekeken wordt naar de assumptie van multicollineariteit kan gezegd worden dat alle onafhankelijke variabelen substantieel samenhangen met de afhankelijke variabele het cijfer dat patiënten toekennen aan hun sportarts ($r > 0,3$ voor alle correlaties). Bovendien correleren de onafhankelijke variabelen onderling niet te hoog met elkaar. Geen enkel paar onafhankelijke variabelen heeft namelijk een correlatie die groter is dan 0,8 ($r < 0,8$ voor alle correlaties). De collineariteit statistieken bevestigen dat van multicollineariteit geen sprake is. Alle tolerantie waarden zijn groter dan 0,1 (Tolerantie $> 0,1$ voor alle onafhankelijke variabelen) en alle VIF waarden zijn kleiner dan 10 ($VIF < 10$ voor alle onafhankelijke variabelen). De assumptie van de normale verdeling is getest met de Kolmogorov-Smirnov toets en deze heeft uitgewezen dat de gestandaardiseerde residuen normaal verdeeld zijn ($D(51) = 0,084$; $p > 0,05$). De verdeling van de residuen wijkt dus niet significant af van een normale verdeling. Visuele inspectie van de Normal Probability Plot wijst bovendien uit dat de verdeling van de residuen bij benadering normaal is. Vrijwel alle punten liggen namelijk op diagonale rechte lijn die een normale verdeling voorstelt en van grote afwijkingen is geen sprake. Om de assumptie van lineariteit te testen zijn scatterplots bekeken waarin de ongestandaardiseerde residuen worden afgezet tegen de onafhankelijke variabelen uit het model. Voor alle scatterplots geldt dat een horizontale rechte lijn die start bij waarde 0 op de Y-as de data het best representeert. In deze scatterplots valt ook te zien dat van homoscedasticiteit geen sprake is omdat de spreiding van residuen op ieder niveau van de onafhankelijke variabelen gelijk is en dat de data in alle scatterplots de vorm van rechthoek hebben. Dit wordt bevestigd door de scatterplot te bekijken waarin de gestandaardiseerde residuen zijn afgezet tegen de gestandaardiseerde voorspelde waarden. Bovendien is een regressie analyse die betrekking heeft op een groep van deze grootte vrijwel robuust tegen een eventuele schending (Keith, 2006). Het controleren op uitbijters wijst uit dat er geen gestandaardiseerde residuen zijn met een waarde hoger

dan 3 of lager dan -3. Nadere inspectie van de residuen statistieken heeft uitgewezen dat hoogste waarde voor Mahalanobis afstand in de data 18,895 is. De kritieke chi kwadraat waarde waarboven Mahalanobis waarden mogen uitstijgen voor een model met vier onafhankelijke variabelen is 18,467. Omdat de hoogste waarde maar een beetje hoger is dan deze kritieke waarde wordt dit geval niet problematisch geacht. Het controleren voor gevallen met bovenmatig veel invloed heeft bevestigd dat van problematische uitbijters geen sprake is. De maximale waarde voor Cook's Distance is namelijk niet groter is dan 1 (Cook's Distance = 0,156). Als laatste blijkt dat residuen onafhankelijk van elkaar zijn omdat de Durbin Watson toets een waarde van 2,089 heeft opgeleverd. Een waarde van 2 betekent dat nabijgelegen residuen niet met elkaar correleren en dus onafhankelijk zijn. De gevonden Durbin Watson waarde is vrijwel gelijk aan 2 en dus kan ervan uitgegaan worden dat de residuen onafhankelijk van elkaar zijn. De regressie analyse mag dus uitgevoerd worden aangezien de assumpties ongeschonden zijn.

Uit de resultaten van de multipele regressie analyse met toegankelijkheid, accommodatie, communicatie en bejegening als voorspellers is gebleken dat het model goed past bij de data. Het model is significant gebleken ($F(4,46) = 11,410$; $p < 0,005$) en kan dus gebruikt worden om het cijfer dat patiënten toekennen aan de sportarts te voorspellen. Met behulp van het model kan 45,4% van de variantie in de afhankelijke variabele verklaard worden ($R^2 = 0,454$). Een analyse van de invloed die de onafhankelijke variabelen apart uitoefenen heeft uitgewezen dat alleen de dimensie communicatie een significant effect heeft op het de afhankelijke variabele ($\beta = 0,876$; $p < 0,01$). Gevolg is dat het model er als volgt uit komt te zien:

$$\text{SG_Effect_Cijfer} = 2,970 + 0,876 * \text{SG_Communicatie_Totaalscore}$$

Discussie

Met betrekking tot de zorg in zijn totaliteit kan geconcludeerd worden dat patiënten van TopSupport over het algemeen tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. De cijfers die patiënten aan de zorg toekennen, de gemiddelde evaluatie scores en de gemiddelde tevredenheids scores rechtvaardigen deze uitspraak. Het gemiddelde cijfer voor de zorg in zijn totaliteit kan als hoog tot zeer hoog gekwalificeerd worden en dus zijn patiënten erg tevreden over de zorg die zij bij TopSupport ontvangen hebben en dit geldt voor zowel fysiotherapie als voor sportgeneeskunde. De gemiddelde evaluatie score bevestigt dit. Deze score kan als zeer hoog geduid worden en dus kan gezegd worden dat patiënten de geleverde zorg goed tot zeer goed vinden. Bovendien hebben de gemiddelde tevredenheids scores uitgewezen dat patiënten van TopSupport tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen en dat patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde even tevreden zijn. De scores verschillen namelijk niet van 0 en een score van 0 staat voor tevredenheid. In tevredenheids scores wordt namelijk voor verwachtingen gecontroleerd. De score op verwachtingen wordt van de evaluatie score afgetrokken. Een negatieve score staat voor ontevredenheid terwijl een positieve score betekent dat patiënten erg tevreden zijn.

Wanneer de gemiddelde evaluatie scores op de diverse dimensies van de zorg bekeken worden dan kan met betrekking tot fysiotherapie geconcludeerd worden dat de gemiddelde evaluatie score op de dimensie bejegening zeer hoog tot uitstekend is. Patiënten fysiotherapie zijn dus erg te spreken over de wijze waarop zij door de fysiotherapeut bejegend worden. De gemiddelden op de overige aspecten van de zorg, te noemen toegankelijkheid, accommodatie, communicatie, autonomie en effect kunnen als zeer hoog beschouwd worden. Patiënten vinden de geleverde prestaties op die aspecten van de zorg dus erg goed. De gemiddelde tevredenheids scores wijzen echter uit dat patiënten het meest tevreden zijn met de accommodatie van de fysiotherapiepraktijk. Patiënten zijn meer dan tevreden met de accommodatie en dus kan gezegd worden dat de accommodatie de verwachtingen van patiënten overstijgt. Alle overige tevredenheids scores bleken echter niet van 0 verschillend te zijn en dus kan gezegd worden dat de geleverde zorg op die aspecten voldoet aan de verwachtingen en dat patiënten tevreden zijn ten aanzien van die zorgaspecten. In tevredenheids scores wordt namelijk voor verwachtingen gecontroleerd. De score op verwachtingen wordt van de evaluatie score afgetrokken en dit heeft in dit geval gevolgen voor de rangschikking. Patiënten hechten blijkbaar meer waarde aan een goede bejegening dan aan de accommodatie. Ook toegankelijkheid is een plaats gezakt ten opzichte van de rangschikking bij de evaluatie scores. Wederom duidt dit erop dat patiënten meer waarde hechten aan de toegankelijkheid van de zorg dan aan de accommodatie. Accommodatie schijnen ze niet heel erg belangrijk te vinden. Vreemd genoeg staat communicatie op de laatste plaats. Het lijkt dus zo te zijn dat patiënten veel waarde hechten aan goede communicatie.

Met betrekking tot sportgeneeskunde wordt als het gaat om de evaluatie scores wederom het hoogst gescoord op de dimensie bejegening. Het gemiddelde op dat aspect van de zorg kan als zeer hoog tot uitstekend gekwalificeerd worden. De gemiddelden op de dimensies toegankelijkheid, accommodatie,

communicatie en effect kunnen als zeer hoog beschouwd worden terwijl de gemiddelde score op autonomie hoog tot zeer hoog te noemen is. Het evalueren van de tevredenheids scores heeft uitgewezen dat patiënten meer dan tevreden zijn over de accommodatie van het sportmedische behandelcentrum. Wederom overstijgt de prestatie van het complex de verwachtingen van de patiënten waardoor zij als erg tevreden zijn ten aanzien van dat aspect. De rangschikking van gemiddelde tevredenheids scores is dus weer gewijzigd ten opzichte van de gemiddelde evaluatie scores. Bejegening daalt wederom een plaats ten faveure van accommodatie en dus kan geconcludeerd worden dat patiënten meer waarde hechten aan een goede bejegening dan aan de accommodatie van de zorginstelling. Op alle overige dimensie zijn patiënten tevreden en voldoet de zorg aan de verwachtingen.

Bij het evalueren van de gemiddelde scores op de items in de vragenlijst voor fysiotherapie blijkt dat TopSupport het laagst gescoord heeft op de variabelen 'binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw fysiotherapeut', 'had de fysiotherapiepraktijk voorzieningen om het wachten voor u aangenamer te maken' en 'hoe vaak werden uw behandeling verstoord'. Gevolg is dat deze variabelen prioriteit zijn als het gaat om het verbeteren van de zorg. De gemiddelden op deze items zijn nog steeds medium tot goed te noemen maar scoren significant slechter dan andere items en dus zijn deze in het kader van verbetering prioriteit. TopSupport zou dus meer voorzieningen in de praktijk kunnen plaatsen om het wachten voor patiënten aangenamer te maken. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van tijdschriften, een televisie scherm, een interactieve computer of gratis Wifi. Verder dient TopSupport zich af te vragen of behandelingen niet te veel onnodig verstoord worden. Wanneer het bijvoorbeeld gaat om andere patiënten in dezelfde behandelruimte kunnen fysiotherapeuten voorafgaande aan een behandeling aan patiënten vragen of zij daar problemen mee hebben. Als patiënten het vervelend vinden kan gezocht worden naar een ruimte waarin patiënten ook echt privacy hebben en dus ongestoord behandeld kunnen worden. Als het om binnenlopende medewerkers zou gaan die bijvoorbeeld bepaalde spullen moeten hebben kan tevens vooraf gevraagd worden of patiënten dit vervelend vinden. TopSupport kan zich vervolgens afvragen of het mogelijk is de ruimtes zodanig in te richten dat patiënten ongestoord behandeld kunnen worden en medewerkers toch kunnen beschikken over de spullen die zij nodig hebben. Om een meer concrete aanbeveling te kunnen doen dient gekeken te worden naar de specifieke vormen van verstoringen. Met betrekking tot de wachtdagen dient TopSupport zich eerst af te vragen of het wel reëel is om dit aspect van de zorg te verbeteren. Een volle agenda kan er immers voor zorgen dat het aantal wachtdagen na aanmelding simpelweg niet verkleind kan worden. Voor overige items geldt dat gemiddelde scores die niet significant van 3 verschillen als hoog gekenmerkt kunnen worden. Scores tussen 3 en 3,5 kunnen als hoog tot zeer hoog beschouwd worden, scores van 3,5 als zeer hoog en scores tussen de 3,5 en 4 als zeer hoog tot uitstekend.

Voor de vragenlijst voor sportgeneeskunde geldt dat geen enkel gemiddelde significant lager is dan 3. In tegenstelling tot de vragenlijst voor fysiotherapie zijn er dus geen items met gemiddelden die als medium tot hoog geduid kunnen worden. Op alle items wordt dus minimaal hoog gescoord. De items

met een gemiddelde dat significant lager blijkt te zijn dan 3,5 zijn 'binnen hoeveel dagen na aanmelding kon u terecht bij uw sportarts', 'had het sportmedische behandelcentrum voorzieningen om het wachten voor u aangenamer te maken', 'gaf de sportarts goede informatie over het duur van de behandelperiode', 'gaf de sportarts u, wanneer u daarom vroeg, voldoende informatie over de vergoeding van de behandeling door uw zorgverzekeraar' en 'vond u dat u door het bezoek aan de sportarts uw dagelijkse bezigheden beter kon uitvoeren'. Net als voor fysiotherapie geldt dus ook voor sportgeneeskunde dat TopSupport zich af kan vragen of het wel mogelijk is om het aantal wachtdagen na aanmelding te verkleinen. Als de agenda zo strak mogelijk ingepland wordt valt hier immers geen winst op te behalen. Met betrekking tot de voorzieningen om het wachten aangenamer te maken gelden dezelfde aanbevelingen als voor fysiotherapie. Het geven van informatie over de duur van een bezoek of behandeling en over de eventuele vergoeding door de zorgverzekeraar zouden sportartsen kunnen standaardiseren binnen hun werkwijze. Zij zouden het zich aan kunnen leren om iedere patiënt te informeren over wat hij gaat doen tijdens de behandeling of het bezoek en hoeveel tijd dat in beslag gaat nemen zodat patiënten weten waar zij aan toe zijn. In geval van vergoeding kunnen zij vragen aan de patiënten of zij op de hoogte zijn van de eventuele vergoeding om in het geval van nee te vragen wat voor verzekering patiënten hebben en vervolgens een toelichting te geven. Een vereiste daarvoor is echter wel dat sportartsen kennis hebben van de verschillende zorgverzekeraars en verzekeringen. Specialist met gebrekkige kennis zouden hierover voorgelicht kunnen worden. Een alternatief hiervoor zou zijn het ontwikkelen van folder waarin de verzekeraars en verzekeringen uiteengezet worden. Voor het kwalificeren van de gemiddelde scores per item wordt dezelfde methode gehanteerd als voor items uit de vragenlijst voor fysiotherapie.

Van een verschil in gemiddelde evaluatie score tussen fysiotherapie en sportgeneeskunde blijkt geen sprake te zijn. Patiënten fysiotherapie en sportgeneeskunde staan dus even positief tegenover de zorg die zij bij TopSupport ontvangen hebben. Wanneer de verschillen in evaluatie scores ten aanzien van de verschillende aspecten van de zorg bekeken worden dan blijkt dat de toegankelijkheid van de zorg door patiënten fysiotherapie beter beoordeeld wordt dan door patiënten sportgeneeskunde. Het valt dus aan te bevelen om de mate waarin de sportmedische gezondheidszorg toegankelijk is nader te onderzoeken en te bekijken in hoeverre deze verschilt van de toegankelijkheid van fysiotherapie. Met betrekking tot de tevredenheids scores blijkt dat patiënten fysiotherapie en patiënten sportgeneeskunde even tevreden zijn over de zorg in zijn totaliteit, alsmede de verschillende aspecten van de zorg.

De gemiddelde score op de dimensie communicatie kan gebruikt worden om te voorspellen in welke mate patiënten fysiotherapie de fysiotherapeut aanbevelen aan derden. Deze relatie is positief en dus gaat een toename in de gemiddelde score op de dimensie communicatie gepaard met een toename in de mate waarin patiënten de fysiotherapeut zullen aanbevelen aan derden. Meer specifiek neemt de mate van aanbevelen met 0,633 toe voor iedere eenheid die de gemiddelde communicatie score toeneemt. Evenals voor sportgeneeskunde geldt dat de mate waarin patiënten de sportarts aanbevelen voorspeld kan worden met de gemiddelde score op de dimensie communicatie. Voor

iedere eenheid die de gemiddelde communicatie score toeneemt neemt de mate waarin de sportarts wordt aanbevolen met 0,701 toe en dus is ook deze relatie positief.

De mate waarin patiënten fysiotherapie overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen kan voorspeld worden met de gemiddelde scores op de dimensies bejegening en communicatie. Deze relaties zijn negatief en dus gaan hoge gemiddelden voor bejegening en communicatie gepaard met een afname van de mate waarin patiënten overwegen om een andere fysiotherapeut te nemen. Om ervoor te zorgen dat patiënten aanblijven valt het dus aan te bevelen dat fysiotherapeuten helder en volledig communiceren en patiënten op een gewenste manier benaderen. In tegenstelling tot fysiotherapie geldt voor sportgeneeskunde dat het overwegen om een andere sportarts te nemen voorspeld kan worden met de gemiddelden op de dimensies accommodatie en toegankelijkheid. Hoge scores op toegankelijkheid en accommodatie hebben dus tot gevolg dat patiënten in mindere mate gaan overwegen om een andere sportarts te nemen. Dit is op zijn minst vreemd te noemen omdat patiënten de keuze om van sportarts te veranderen niet laten afhangen van zijn gedrag maar van de accommodatie en de mate waarin de zorg toegankelijk is. Om te garanderen dat patiënten aanblijven is het dus aanbevolen om ervoor te zorgen dat de zorg gemakkelijk toegankelijk is voor patiënten en dat de accommodatie en alle aspecten die daarbij belangrijk zijn van goede kwaliteit zijn.

Het cijfer dat patiënten toekennen aan de fysiotherapeut kan voorspeld worden met behulp van de gemiddelde score op de dimensie communicatie. Het verband is positief en dus heeft een stijging van het gemiddelde op de dimensie communicatie een stijging van het cijfer dat patiënten toekennen aan de fysiotherapeut als gevolg. Voor iedere eenheid die de gemiddelde communicatie score toeneemt neemt het cijfer met 1,092 toe. Om ervoor te zorgen dat patiënten een hoog cijfer toekennen aan de fysiotherapeut is het van wezenlijk belang om te communiceren op een wijze die voor de patiënt wenselijk is. Voor sportgeneeskunde geldt hetzelfde. Ook het cijfer dat patiënten toekennen aan de sportarts kan namelijk voorspeld worden met behulp van de gemiddelde communicatie score. Het cijfer neemt met 0,876 toe voor iedere eenheid die de gemiddelde communicatie score toeneemt. Ook voor sportartsen is het dus belangrijk om op juiste wijze te communiceren en ervoor te zorgen dat patiënten tevreden zijn over de communicatie.

Een beperking van deze studie is dat de beoogde steekproefgrootte niet bereikt is. Als het beoogde aantal respondenten ($N = 292$) wel bereikt zou zijn dan zouden ook de kleinere verschillen en statistisch significant geweest zijn. Bovendien zouden meerdere voorspellers uit de regressiemodellen significant gebleken zijn. Als gevolg daarvan wordt een nauwkeuriger beeld gekregen van de aspecten van de zorg die ondermaats presteren en zou het verbeteringsproces nog gericht kunnen plaatsvinden. Het versturen van één of twee reminders zou hiervoor een oplossing geweest kunnen zijn. Een andere beperking is dat in de schaal voor verwachtingen geen item is opgenomen waarop patiënten aangeven hoe belangrijk zij het resultaat van de behandeling vinden. Een dergelijk item is aanvankelijk niet in de vragenlijst opgenomen omdat ervan is uitgegaan dat patiënten het effect van de behandeling altijd het belangrijkste vinden maar dat hoeft bij nader inzien niet altijd zo te zijn.

Bepaalde blessures kunnen namelijk niet genezen worden en om die reden zullen behandelingen weinig effect hebben. Dergelijke patiënten zullen meer waarde hechten aan heldere communicatie en aan bijvoorbeeld de begeleiding door de sportarts of fysiotherapeut. Verder is het korte tijdsbestek waarbinnen het onderzoek moest plaatsvinden een tekortkoming. Door het beperkte tijdsbestek is een uitgebreid vooronderzoek naar de aspecten die sportgeneeskunde belangrijk zijn uitgebleven. Een vooronderzoek in de vorm van bijvoorbeeld interviews met specialisten had meer duidelijkheid verschaft over zaken die niet in de vragenlijst zijn opgenomen maar wel van belang zijn. Bovendien heeft het korte tijdsbestek ervoor gezorgd dat bepaalde interessante analyses niet uitgevoerd konden worden. Met name het analyseren van de verwachtingen schaal voor zowel fysiotherapie en sportgeneeskunde alsmede de mate waarin gestelde doelen door de behandelingen bereikt zijn.

Een algemene aanbeveling aan TopSupport zou zijn om een kwalitatieve vervolgonderzoek te doen bestaande uit observaties en diepte interviews met patiënten. Een dergelijk onderzoek zou duidelijkheid kunnen verschaffen over het gebrekkige functioneren dat aan slecht scorende items ten grondslag ligt. Per item kan dan gekeken worden waar deze lagere scores op gebaseerd zijn om vervolgens concretere aanbevelingen ter verbetering van de zorg te kunnen doen.

Literatuurlijst

Abvacado FNV, (2012). Marktwerving in de zorg. Opgehaald 7 maart 2013, van www.abvacadofnv.nl.

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!* Houten: Noordhoff.

Boer, de, D., Veenhof, C. & Delnoij, D. (2009). *CQ-Index Fysiotherapie: Psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen*. Utrecht: NIVEL.

Drenth, P.J.D. & Sijsma, K. (2006). *Testtheorie: Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.

Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M. Berg, B. van den, & Kool, R.B. (2009). Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 69, 68-75.

Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23:5, 243-254. (a)

Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23:5, 255-271. (b)

Hinkle, D.E., Wiersma, W. & Jurs, S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Wadsworth: Cengage Learning

Keith, T.Z. (2006). *Multiple Regression and Beyond*. Boston: Pearson Education.

Kenny, D.T. (1995). Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychology & Health*, 10:5, 427-437.

Lawler, E.E. (1973). *Motivation in work organizations*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, 577-582. (a)

Linder-Pelz, S. (1982) Social psychological determinants of patiënt satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, 16, 583-589. (b)

- Marshall, G.N., Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Wells, K.B. (1993). The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychological Assessment*, 5:4, 477-483.
- Nederhoed, P. (2010). *Helder rapporteren: Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nitse, P.S., & Rushing, M.D. van. (1997). Patient satisfaction. *Health Marketing Quarterly*, 14:2, 73-84.
- Pascoe, G.C. (1983). Patiënt satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Tateke, T., Woldie, M., & Ololo, S. (2012). Determinants of patient satisfaction with outpatient health services at public and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of African Health Care*, 4:1, 1-11.
- Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality of Health Care*. 23:5, 503-509.
- Starreveld, P.A. (2009). *Verslaglegging van Psychologisch onderzoek* (2e druk). Den Haag: Boom.
- Sun, B.C., Adams, J., John Orav, E., Rucker, D.W., Brennan, T.A., & Burstin, H.R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 35:5, 426-434.
- Vereniging voor Sportgeneeskunde. (2008). Beleidsplan 2008-2011. Opgehaald 7 maart 2012, van www.sportgeneeskunde.com.