

# Onvrede met satisfact

Met de toenemende marktwerking in de zorg wordt kwaliteitsonderzoek steeds belangrijker. Want er valt steeds meer te kiezen. Cliënten willen weten waar je de beste hulp kan krijgen. Verzekeraars willen weten of ze waar voor hun geld krijgen.



Jean Campbell

Vaak wordt de tevredenheid van gebruikers gemeten als indicator van kwaliteit, bijvoorbeeld met de wijdverbreide Cliëntenthermometer. De waarde van dit zogeheten satisfactieonderzoek is vanuit cliënten gezien twijfelachtig, stelt de Amerikaanse professor en GGZ-cliënt Jean Campbell. Zij kwam in januari van dit jaar naar Nederland als gastspreker op de Nationale GGZ-kennisdag in Amsterdam. Deviant hield een interview met haar.

*Deviant: Wat vond je van de GGZ-kennisdag?*

Jean Campbell: Ik vond het een beetje vreemd. Bij mijn lezing werd er geen vraag gesteld. Ook kwam achteraf niemand naar me toe om iets tegen me te zeggen. Maar 's middags was het wel leuk in de workshop met Wilma Boevink. Eigenlijk vond ik de bijeenkomst met het IGPB (Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid – red), die we de dag eerder hadden veel interessanter. Dat was voor mij de echte conferentie!

*Waarom is satisfactieonderzoek zo populair?*

Jean Campbell: Historisch gezien heeft de opkomst van het begrip satisfactie te maken met het bedrijfsleven. Het is een marketing-concept, dat past in de benadering van de Total Quality Management dat in de jaren '90 de norm werd. Bij ons in Amerika ging dat wel erg ver, want zelfs in gevangenissen werden gedetineerden benaderd als klanten van wie men de satisfactie wilde weten. Daarnaast is er in de USA een eerdere geschiedenis van satisfactieonderzoek, namelijk in de Community Mental Health Centers en het evaluatieonderzoek dat daarop is losgelaten.

*Wat is je kritiek op het begrip satisfactie?*

Jean Campbell: Het begrip satisfactie zelf is onbevredigend. Het is een vaag begrip

waarvan geen eenduidige definitie bestaat. Satisfactie is niet iets statisch, maar iets dat fluctueert: het is meer een proces dan een uitkomst. Het is ook een relatief begrip omdat mensen impliciet verwachtingen hebben, op grond waarvan zij hun tevredenheid formuleren. Dit kan verklaren waarom een beroerd ziekenhuis in Nederland op Oost-Europese patiënten als een Walhalla overkomt. Het theoretisch kader achter het begrip satisfactie is zwak en ambigu. Lebow heeft al in 1983 op deze bezwaren gewezen.

Het proceskarakter van satisfactie betekent dat het geen experimentele uitkomst kan zijn. Je kunt bijvoorbeeld geen voormeting doen van satisfactie, dan een behandeling geven en dan een nameting doen.

## Satisfactieonderzoek

*Is satisfactieonderzoek dan nutteloos?*

Jean Campbell: Als je het op een intelligente manier doet, kan het best waarde hebben. Wij hebben het aanvankelijk omarmd, niet omdat we er zo gelukkig mee waren, maar omdat het ons een ingang bood voor onderzoek waarin het perspectief van cliënten een rol speelt. Vanuit een heel pragmatische reden. Maar liever verbreden we het begrip satisfactie naar 'percepties van zorg'. Je kunt dan meer verschillende dimensies onderscheiden en het is neutraler.

Het probleem van satisfactieonderzoek is dat het vaak systeembevestigend is. De stem van de cliënten wordt nog steeds gefilterd door vragenlijsten die gebaseerd zijn op wat hulpverleners van belang achten. In de praktijk worden de resultaten vaak gebruikt als legitimatie van het bestaande aanbod en niet als basis voor een verandering.

*Je ziet dat in satisfactieonderzoek steeds een hoge satisfactie wordt gevonden...*

Jean Campbell: ...ja, gemiddeld is 78% tevreden. Dat getal vonden we toen we een paar honderd onderzoeken optelden. Maar ik zeg altijd: je krijgt wat je vraagt. Als je naar tevredenheid vraagt dan krijg je tevredenheid als antwoord. De hoge tevredenheid kan misschien ook het gevolg zijn van een *aquiescence-bias*, een vertekening omdat

# ieonderzoek

mensen in de gewenste richting antwoorden. Daarbij is vaak de vraag of het onderzoek wel onafhankelijk is: als vragen niet anoniem worden gesteld of als de hulpverlener zelf het onderzoek doet, durf je als cliënt minder snel kritiek te leveren. Hoge tevredenheid kan ook komen door een *selection-bias*, een vertekening doordat ontevreden mensen uitval- len of minder geneigd zijn om mee te wer- ken aan het onderzoek. In de cliëntenpanels die we over satisfactieonderzoek hebben geor- ganiseerd rees twijfel aan die hoge tevreden- heidsscores. Want die stonden scherp in con- trast met wat de mensen zelf hadden ervaren. Maar ze stonden ook in contrast met resulta- ten van kwalitatief onderzoek. Daarom geven we vaak de voorkeur aan open vragen, waarin mensen in hun eigen woorden kunnen ant- woorden, in plaats van gesloten vragen waarin je een antwoordcategorie moet aankruisen.

## Dwang

Jean Campbell: Een van de bevindingen in de cliëntenpanels was dat onderzoekers nooit vragen naar ervaringen met dwang. De psy- chiatrie is in essentie een dwangstelsel, maar hulpverleners en onderzoekers willen dat zel- den onder ogen zien. Toch heeft dwang grote effecten op cliënten. Dwang leidt tot slechte behandelresultaten. Mensen kunnen regel- rechte trauma's overhouden van isoleercel- len of dwangmedicatie. Cliënten die dwang hebben ondervonden zijn vaak bang om op- nieuw een beroep te doen op hulp. Schraiber en ik vonden in ons onderzoek dat 47% van de ondervraagden af had gezien van hulpvra- gen bij een GGZ-instelling uit angst voor een gedwongen opname.

*De psychiatrie als dwangstelsel. Hoe zie je dat?*

Jean Campbell: GGZ-clieënten zijn onderhe- vig aan uitzonderingswetgeving. De psychia- trie is het enige stelsel waarbinnen je opge- sloten kan worden op grond van de mogelijk- heid dat je een strafbaar feit zou kunnen be- gaan in de toekomst. Alle normale wetover- treders kunnen pas worden gearresteerd na- dat zij de wet hebben overtreden.



Foto: Lange-Hitablock

## Meetinstrumenten die gebruikt werden in het Well-being project van Campbell

Hoop	Total Herth Hope Index (Herth 1991; 1992)
Kwaliteit van leven	Quality of Life Scale (Lehman 1983)
Sociale integratie	Subjective social inclusion scale (Lehman 1983)
Zin van het leven	Meaning of Life Framework Subscale (Battista & Almond 1973)
Empowerment	Empowerment / Making Decisions Scale (Rogers e.a. 1997)
Empowerment	Personal Empowerment Scale (Segal e.a. 1995)
Herstel	Recovery Assessment Scale (Corrigan e.a. 1999; 2004)
Acceptatie	Social Acceptance Scale (Campbell & Schraiber 1989)

## Literatuur

- Battista, J. & R. Almond (1973), The Development of Meaning in Life, *Psychiatry*, 36, 409-27.
- Campbell, J. (1998), Consumerism, outcomes, and satisfaction: A review of the literature. In R.W. Manderscheid, & M.J. Henderson (Eds.) *Mental Health, United States, 1998*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 11-28.
- Campbell, J. (2001), Measuring consumer satisfaction with healthcare. A review of the history, methods and applications. St. Louis, Missouri. Ongepubliceerd.
- Campbell, J. (2006), *The user perspective and user experiences: A basis for new knowledge*. Presentatie op de Nationale GGZ kennisdag, Amsterdam, 11 januari 2006.
- Campbell, J. & R. Schraiber (1989), *In pursuit of well-being: The well-being project*. California Department of Mental Health, Sacramento.
- Corrigan, P.W. e.a. (2004), Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035-1041.
- Herth, K. (1992), Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Lebow, J.L. (1983), Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6, 211-236.
- Lehman A.F. (1983), The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessment among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M., & Crean, T. (1997), A consumer-constructed scale to measure empowerment. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Segal, S.P. e.a. (1995), Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31, 215-227.

## Ook negatieve uitkomsten meten

Jean Campbell: In satisfactieonderzoek wordt meestal naar positieve uitkomsten gevraagd en niet naar negatieve. Wij hebben begrepen dat je negatieve uitkomsten moet betrekken in evaluaties. Bijvoorbeeld de effecten van dwang waar we het net over hadden, maar ook de schadelijke effecten van medicatie. Hulpverlening kan uitmonden in gevoelens van hulpeloosheid en incompetentie. Vernederende bejegening kan lang bij mensen doorwerken. Dat zijn ook negatieve uitkomsten.

Vraag daarom cliënten niet alleen naar hun satisfactie, maar vooral ook naar hun dissatisfactie. Bijvoorbeeld: "Voelde u zich mensonwaardig behandeld?" (Did you feel dehumanized?). Belangrijk is ook om geen globale vragen te stellen, maar om te vragen naar precieze ervaringen. Dissatisfactie blijkt opmerkelijk genoeg niet het tegenovergestelde te zijn van satisfactie. Soms is 80% van de respondenten tevreden, en is tegelijkertijd 40% van de ondervraagden ontevreden.

De vragen die je stelt bepalen de antwoorden die je krijgt. Vraag je naar satisfactie dan vind je satisfactie. Vraag je naar dissatisfactie dan vind je dissatisfactie.

## Waarden van cliënten

Jean Campbell: Het probleem is dat in evaluatieonderzoek therapeutische waarden centraal staan, dus de waarden van de hulpverleners. Maar toen we cliënten in de panels vroegen naar hun waarden kregen we heel andere dingen te horen: het doel van de behandeling zou minder moeten worden geformuleerd in termen van het behandelen van een ziekte ('illness') en meer in het bevorderen van welzijn ('wellness'). Daarbij spelen heel andere waarden een rol: autonomie, individualiteit, herstel, empowerment, welbevinden en vooral ook hoop. Het begrip herstel ('recovery') stond centraal in de discussies. Algemeen vonden de deelnemers dat herstel een persoonlijk proces is dat aanpassing vergt en *coping skills*, en dat bevordert wordt door sociale steun, empowerment en een of andere vorm van geloof of filosofie die hoop geeft en zin aan het leven.

Op grond van deze inzichten en waarden hebben we in ons well-being onderzoek meetinstrumenten gezocht en ontwikkeld om uitkomsten van de hulpverlening te evalueren. We gebruikten acht instrumenten om herstel, empowerment, kwaliteit van leven, zin van het leven, integratie en hoop te meten (zie het kader).

## Hoop

*Welke rol speelt het begrip hoop?*

Jean Campbell: Hoop is vanuit cliëntenperspectief gezien een centraal begrip. Belangrijke vragen zijn of de behandeling leidt tot hoop op herstel en tot hoop op verbetering van de eigen situatie. Hoop is een heel krachtige motivator. Wie hoop heeft kan de toekomst met vertrouwen tegemoet zien. Het is een belangrijke variabele. In ons onderzoek bleek dat veel variantie verklaard kon worden door hoop. We gebruikten daarbij de gevalideerde hoop-vragenlijst van Herth.

*Dreigt zo'n hoop-vragenlijst niet weer een slap satisfactie-instrument te worden?*

Jean Campbell: Ik verbaas me ook elke keer als zo'n instrument blijkt te werken. Van origine ben ik een kwalitatief onderzoeker, pas later heb ik me toegelegd op kwantitatief onderzoek. De hoop-vragenlijst werkt heel goed, je ziet dat aan de uitkomsten, maar ook aan de hoge correlaties met andere variabelen. Opmerkelijk is trouwens dat 'hoop' inmiddels ook door de marketingwereld ontdekt is als belangrijk begrip. Merken verkopen niet alleen kleding en meubels, maar ook de hoop dat je daarmee een bepaalde indruk zult maken, een bepaald en aangenaam leven zult kunnen leiden. En ook in de wereld van de beurs speelt vertrouwen in de toekomst, dus hoop, een doorslaggevende rol.

## Advies

*Welk advies zou je cliëntenraden en cliëntenorganisaties kunnen geven als ze onderzoek willen doen naar de kwaliteit van de zorg?*

Jean Campbell: Ten eerste: denk aan de feedback-loop. Als je gegevens hebt over prestaties van een instelling, zorg dan dat ze de instelling bereiken. Ten tweede: denk aan het onderzoeksproces. Als onderzoeksresultaten niet worden gebruikt, waarom zou je ze dan produceren? (If it's not used, why do it?). Ten derde: doe je huiswerk (Do your home work). Lees de stukken, bestudeer de kernproblemen van onderzoek, doe moeite om de terminologie te begrijpen. Ten vierde: vraag advies. Raadpleeg experts die zich als onderzoekers vanuit cliëntenperspectief hebben bewezen.

✉ Michi Almer & Mark Janssen