

*Fundacja Rozwoju Metod Łączonych w Medycynie:
Anna Nowosielska, mgr inż, specjalistka zarządzania projektami*

*Pomorska Fundacja Rozwoju Chirurgii:
Adam Sudoł, lek. med. Z-ca Dyrektora Naczelnego UCK ds. Logistyki i Zabezpieczenia Medycznego*

Konsultacja: dr n. med. Tomasz Stefaniak

Lista parametrów i czynników krytycznych

Czego możemy się dowiedzieć o satysfakcji Pacjenta korzystającego z usług medycznych?

W ciągu ostatnich 20 lat, niezwykle rzadko pojawiał się raport na temat satysfakcji pacjentów, który okazywał się przydatny. Podobnie jak wielu moich kolegów, lekarze czują ambiwalentny stosunek do oceny satysfakcji pacjentów i zastanawiałam się, dlaczego tak wiele organizacji przywiązuje do tego zagadnienia tak wielką wagę. Ironia, jest oczywiście to, że świadczenie opieki pacjentom, w poszanowaniu ich potrzeb oraz dla maksymalizacji efektu zdrowotnego jest jedną z najważniejszych rzeczy, którymi się zajmuję.

Dokonamy przeglądu literatury na temat zagadnień satysfakcji pacjenta o kluczowym znaczeniu dla lekarzy rodzinnych. Choć nie jest to literatura obejmująca całą złożoność tematu, to jednak niesie kilka praktycznych przykładów i może pomóc nam stworzyć właściwy obraz zagadnienia satysfakcji pacjentów.

Co jest mierzone?

Przegląd literatury medycznej dotyczącej terminu "satysfakcji pacjenta" wskazuje na początek zainteresowania tematem w latach 1960 i 1970. Jednak wszystko zaczęło się gwałtownie zmieniać od 1980 roku. W okresie od 1980 i 1996, odnotowano pięciokrotny wzrost liczby artykułów poświęconych temu tematowi. Skąd wzięło się to rosnące zainteresowanie?

Prawdopodobnie było to naturalnym skutkiem wzrostu świadomości konsumentów zapoczątkowanego ruchami społecznymi lat 60 i 70-tych. Było to także efektem rozwoju programów medycyny rodzinnej. Równie prawdopodobne jest także to, że wpływ na zainteresowanie opiniami pacjentów miało rosnące znaczenie konkurencyjności opieki rodzinnej, co wymusiło na organizacjach zarządzających świadczeniami rodzinnymi do wykorzystania badań na temat satysfakcji pacjentów do różnicowania i oceny jakości świadczeń oferowanych przez dostawców usług medycznych.

Warto jednak zauważyć, że większość badań satysfakcji pacjentów oparte jest na jednorazowych doświadczeniach wynikających z wizyty a nie na doświadczeniu efektów

procesu opieki rozciągniętego w możliwe długim czasie. Ponadto z prowadzonych w fachowej literaturze, dyskusji na temat satysfakcji pacjentów jasno wynika, że prowadzone badania wcale nie mierzą jakości opieki medycznej. W rzeczywistości, wiele badań celowo unika zadawania pacjentom pytania, jak oceniają jakość opieki jaką otrzymują, wychodząc z założenia, że pacjenci raczej nie są w stanie ocenić umiejętności medycznych swojego lekarza. W efekcie można przypuszczać, że to, co zazwyczaj jest mierzone w badaniach to kombinacja oczekiwań pacjenta przed wizytą, doświadczeń pacjenta w trakcie wizyty i zakresu, w jakim pacjent doświadczył redukcji objawów, które doprowadziły go do przyścia do lekarza.

Czynniki zależne od pacjenta

W publikacjach często mieszany jest wpływ na poziom satysfakcji pacjenta czynników o znaczeniu demograficznym i społecznym. Niektóre badania stwierdzają, że demografia pacjentów ma niewielki wpływ na poziom satysfakcji, podczas gdy inne stwierdzają, że czynniki demograficzne stanowią 90 do 95 procent istotności dla zmian poziomu satysfakcji. Pomimo tak dużych rozbieżności, literatura rzuca pewne światło na to jakie czynniki demograficzne mogą wpływać na zmiany poziomu satysfakcji pacjenta.

Wiek. Najbardziej jednorodna jest opinia na temat wieku: Starsi pacjenci są bardziej zadowoleni z oferowanej im opieki zdrowotnej.

Pochodzenie etniczne. W efekcie badania wpływu pochodzenia etnicznego na poziom zadowolenia, stwierdzono że przynależność do mniejszości narodowościowej jest związana z pogorszeniem się poziomu zadowolenia z opieki medycznej. W rankingu poziomu satysfakcji w podziale na grupy etniczne, najwyższy poziom zadowolenia występował u białych nie-Latynosów, następnie z trochę gorszymi ocenami byli Afroamerykanie i kolejno z coraz gorszą oceną Azjaci, mieszkańcy Pacyfiku a następnie Latynosi. Najniższy poziom satysfakcji stwierdza się u Indian oraz Eskimosów.

Płeć. Badania dotyczące wpływu płci na poziom satysfakcji są niejednoznaczne, z niektórych wynika, że kobiety są zwykle mniej zadowolone z poziomu opieki inne znów wskazują na dokładnie odwrotne zjawisko.

Status społeczno-ekonomiczny. Większość badań wykazuje, że osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i gorzej wykształcone są mniej zadowolone z poziomu opieki zdrowotnej. Jednak w jednym z badań stwierdzono, że osoby częściej odwiedzające lekarza rodzinnego miały statystycznie niższy poziom wykształcenia, niżej oceniały poziom jakości życia, wykazywały wyższe wskaźniki poziomu lęku i depresji ale były bardziej zadowolone ze swoich lekarzy rodzinnych. Z kolei inne badanie wykazało, że niższa satysfakcja z opieki zdrowotnej jest skojarzona doświadczeniem lęku, stanów

depresji, poczucia beznadziejności, wynika z chorób o podłożu psychiatrycznym takich jak schizofrenia, PTSD, czy z uzależnienia od narkotyków.

Stan zdrowia. Obserwacje pacjentów z przewlekłą chorobą wykazały występowanie kilka zgodnych wzorców, m.in. Pacjenci ze źle kontrolowaną cukrzycą są mniej zadowoleni z opieki, podobnie osoby cierpiące na migrenę. Pacjenci z dwoma lub większą liczbą współwystępujących chorób przewlekłych zgłaszają więcej kłopotów z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej, niż ci, z jedną chorobą przewlekłą. Jednak jeśli poprawia się komunikacja z pacjentami i poprawia stopień koordynacji opieki, liczba zgłaszanych przez pacjentów kłopotów spada i zdecydowanie wzrasta zadowolenie z jakości świadczonych usług medycznych.

Czynnik zależne od lekarzy

Z opublikowanych badań wynika, że podstawowym sposobem w jaki lekarze mogą wpływać na poziom satysfakcji pacjentów jest poprawa interakcji z Pacjentem.

Oczekiwania. Być może jednym z najważniejszych zadań lekarza jest poświęcenie czasu i włożenie wysiłku w poznanie oczekiwań pacjenta. Gdy lekarza rozpozna i prawidłowo zaadresuje oczekiwania pacjenta, satysfakcja z wizyty zdecydowanie wzrasta, z reszta nie tylko u pacjenta, ale także u lekarza. Warto pamiętać, że pacjenci często pojawiają się na wizycie w poszukiwaniu informacji a nie koniecznie w celu podjęcia jakiejś akcji [11]. Dodatkowo ustalono, że około 10 procent pacjentów podczas jednej wizyty ma jedno lub więcej niewypowiedzianych oczekiwań, o których zwykle nie dowiaduje się lekarz [12]. Najczęściej komunikowanym oczekiwaniem Pacjentów jest otrzymanie skierowania do specjalisty lub skierowania na fizykoterapię [12]. Z kolei Pacjenci młodzi i gorzej wyedukowani zgłaszają częściej fakt niezaspokojenia oczekiwań podczas wizyty i wykazują słabszą poprawę symptomów, co w efekcie prowadzi do gorszej oceny jakości wizyty u lekarza.

Komunikacja. Komunikacja Lekarz - Pacjent ma bardzo istotny wpływ na poziom satysfakcji z wizyty. Dla przykładu, gdy komunikacja pacjenta, skarżącego się na ból pleców wynikający z jego trybu pracy, z lekarzem była dobra (tzn. lekarz docenił wagę problemu, postarał się zrozumieć sposób pracy pacjenta, wyjaśnił wszystkie uwarunkowania płynące ze sposobu pracy mające wpływ na ból, udzielił stosownych do nich rad jak zapobiec nawrotom bólu), poziom zadowolenia z wizyty był zdecydowanie wyższy niż mogłoby to wynikać wyłącznie ze złagodzenia objawów [13].

Kontrola. Lekarz może także wpłynąć na poprawę zadowolenia Pacjenta przez przekazanie mu w pewnym zakresie kontroli nad procesem leczenia. Badania wykazały, że gdy Lekarz w mniejszym stopniu dominuje nad Pacjentem, pozwalając mu wyrazić

swoje opinie, wnioski i oczekiwania co do procesu leczenia, Pacjenci są bardziej zadowoleni z przebiegu wizyty i chętniej korzystają z porad oraz stosują się do zaleceń [14].

Podejmowanie decyzji. Na satysfakcję Pacjenta ma także wpływ kompleksowość podejmowanych przez Lekarza decyzji w zakresie zastosowanych środków medycznych czy terapii. Pacjenci preferowali lekarzy, których decyzje medyczne brały pod uwagę nie tylko aspekty fizyczne ale także miały na celu poprawę funkcjonowania społecznego i psychicznego Pacjenta [15].

Czas wizyty. Czas trwania wizyty odgrywa duża rolę w budowaniu satysfakcji Pacjentów. Poziom satysfakcji wzrasta wraz z wydłużeniem czasu trwania wizyty [16]. Także czas wydłużenie czasu rozmowy w trakcie wizyty ma wpływ na poprawę zadowolenia Pacjenta. Można także zaobserwować, że Lekarze pracujący w większych przychodniach, osiągają lepszą efektywność wykorzystania czasu pracy jednak dzieje się to kosztem zadowolenia Pacjentów, kosztem zwracania uwagi na profilaktykę i mniejszą wrażliwością na budowanie relacji z Pacjentem [17].

Co ciekawe jedno z badań wykazało, że gdy lekarz, pod naciskiem np. zarządzającego, skraca czas wizyty o 10%, Pacjenci odczuli to tylko jako skrócenie czasu wizyty o 3%. Satysfakcja Pacjentów była porównywalna w przypadku normalnego czasu i czasu skróconego [18]. To pokazuje, że to Lekarze są bardziej wrażliwi na efekty kontrolowania czasu wizyty i i efekcie przy jego skróceniu czują się poganiani co wpływa na ich gorsze samopoczucie nie musi to jednak znajdować odzwierciedlenia w odczuciach Pacjenta co do czasu trwania wizyty.

Umiejętności techniczne. Kilka badań sprawdziło korelację pomiędzy oceną przez Pacjenta umiejętności lekarskich lekarza rodzinnego a poziomem satysfakcji Pacjentów. Jednak wyniki tych badań są sprzeczne. W badaniu przeprowadzonym wśród 236 „wrażliwych”, starszych pacjentów zdecydowanie większą rolę odgrywały dobre umiejętności komunikacyjne Lekarza niż jego wiedza fachowa [19]. Jednakże inne badanie wykazało, że gdy Pacjent ma dokonać wyboru to oczywiście najważniejszymi czynnikami brany pod uwagę są wiedza i umiejętności lekarza [20]. Pacjenci podkreślali, że trafność stawianej diagnozy oraz stworzenie skutecznego planu leczenia są o wiele ważniejsze niż relacja Lekarz - Pacjent [21].

Co zasługuje na uwagę, w deklaracjach co do wyboru Lekarza, Pacjenci podkreślają znaczenie umiejętności i wiedzy lekarskiej, jednak w ocenie pracy Lekarza zwracają uwagę na zupełnie inne aspekty przebiegu wizyty.

Wygląd. Pacjenci reagują także na wygląd - strój Lekarza. W Nowej Zelandii przeprowadzono badanie, w ó wykazano, że największa grupa Pacjentów preferuje pół-

formalny strój Lekarza i chcą aby Lekarza był uśmiechnięty. Następna liczebnie grupa są Pacjenci, którzy wybierają pół-formalny strój typu biały kitel, garnitur, zadziej dzinsy lub sukienka, jednak z powagą na twarzy (bez uśmiechu). Pacjenci czują się zdecydowanie mniej komfortowo gdy lekarz na na twarzy kolczyki typu piercing, nosi krótkie koszulki lub gdy mężczyzna ma kolczyki w uszach. Ponadto, większość pacjentów preferuje gdy jest zapraszana do gabinetu, przedstawiana lekarzowi, pełnym imieniem i nazwiskiem oraz tytułem i gdy lekarz ma wpiętą plakietkę ze swoim imieniem i nazwiskiem.

Czynniki zależne od systemu opieki zdrowotnej

Poziom Satysfakcji Pacjenta nie jest wyłącznie wynikiem warunków demograficznych oraz umiejętności Lekarzy, jest także zależny od systemu, w którym jest świadczona opieka.

Zespół kliniczny. Pomimo, że jest oczywistym, że w pierwszej kolejności najważniejsza jest bezpośrednia relacja z Lekarzem, to Pacjenci cenią sobie także jakość zespołu w którym pracuje lekarz. jedno z badań wykazało, że obok wpływu opieki Lekarza na poziom satysfakcji, niezwykle ważnymi były także empatia, pomocność i terminowość całego personelu placówki [21].

Inne badanie przeprowadzone na dużej bazie pacjentów wykazało, że opieka pielęgniarska była następnym po dostępności świadczeń, najważniejszym czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji Pacjenta [23]. Pacjenci, którzy byli prowadzeni przez jednego lekarza przez ponad 15 lat, na pierwszym miejscu stawiali lojalność do lekarza a następnie poziom i jakość zespołu [24].

Polecenie - skierowanie. Polecenie lub skierowanie odgrywa ważną rolę w budowaniu satysfakcji Pacjenta. W jednym z badań przeanalizowano wpływ i znaczenie polecenia z punktu widzenia Lekarza rodzinnego, lekarza do którego został skierowany Pacjent i samego Pacjenta. Stwierdzono, że poziom satysfakcji pacjenta jest wyższy gdy pacjent został do lekarza skierowany (polecony) przez lekarza rodzinnego [25]. W jednym z badań, przeprowadzonych na pacjentach uskarżających się na powracające bóle głowy wykazano, że pacjenci którzy sami wybrali neurologa byli mniej zadowoleni niż pacjenci, którym lekarz rodzinny polecił neurologa [26]. W badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów onkologicznych wykazano, że wyżej cenią oni lekarza rodzinnego z którym chcą utrzymywać bieżący kontakt pomimo, że opiekę w zakresie onkologicznym otrzymują gdzie indziej [26].

Kontynuacja opieki. Kontynuacja opieki jest jednym z filarów medycyny rodzinnej, jednak poległa ona w zderzeniu z systemami zarządzania opieką medyczną. Pomimo, że nie zbadano w jakim stopniu pacjenci doceniają ciągłość opieki, jednak stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, że Pacjenci, którzy są prowadzeni przez jednego lekarza dłużej niż 2

lata są bardziej zadowoleni z opieki, szczególnie kiedy często widują się z swoim lekarzem [28].

Po co zajmować się tym tematem satysfakcji?

Materiały źródłowe zawierają wiele sprzeczności związanych z zagadnieniem poziomu satysfakcji pacjenta, jednocześnie jednak prezentują sporo poważnych argumentów za podejmowaniem wysiłku na rzecz jego polepszenia. Badania sugerują, że zdrowiejący pacjenci, co jest dość przewidywalne, deklarują większe zadowolenie z otrzymanej opieki. Jedno badanie wprost opisało tę zależność: badacze skupili się na ocenie zadowolenia z otrzymanej opieki medycznej trzy tygodnie po ostatniej wizycie kontrolnej. Okazało się, że pacjenci nie odczuwający już objawów choroby cenili wyżej zaproponowaną terapię niż osoby, które nadal zgłaszały symptomy chorobowe. Te ostatnie zgłaszały poczucie niepokoju i nie bycia odpowiednio dobrze "zaopiekowanym".

Dokładnie rzecz ujmując: (29) grupa Afroamerykanów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu II będący jednocześnie grupą pacjentów najbardziej zadowolonych z otrzymanej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej okazało się być jednocześnie grupą najmniej wymagającą stosowania intensywniejszej terapii. (30) Pacjenci przekonani o tym, że byli traktowani z godnością i uwzględniani w procesie podejmowania decyzji co do wyboru leczenia zgłaszali zdecydowanie większe poczucie satysfakcji, ale też byli bardziej skłonni do wypełniania zaleceń lekarza. (31) Badanie obejmujące reakcje pacjentów na niecierpliwe zachowania lekarza (podczas badania czy leczenia) ujawniły odwrotną zależność: im poziom satysfakcji z otrzymanej opieki małał tym zwiększało się ryzyko komplikacji pozabiegowych. (32)

W zasadzie nie popełnimy błędu konkludując, że personel medyczny i lekarze mogą wyciągnąć natychmiastowe proste zalecenia z badań dotyczących poziomu satysfakcji pacjentów:

- traktuj pacjenta z godnością i włączaj go w proces decyzyjny dotyczący jego leczenia.
- pracuj z zespołem, z którego jesteś dumny i inwestuj w jego dalszy rozwój,
- ujawniaj obawy pacjentów zadając pytania w rodzaju: "co myślisz na temat tego co się właśnie dzieje?", "czego się obawiasz?",
- ubieraj się w półformalny strój i nie zapominaj się uśmiechać.
- i choć może zabrzmieć to dziwnie: znajdź satysfakcję w tym co robisz, bo lekarze bardziej zadowoleni ze swojej pracy mają pacjentów bardziej zadowolonych ze swojego leczenia.

Zestawienia parametrów

(na podstawie materiałów szkoleniowych DNV):

Oczekiwania Pacjentów w stosunku do opieki medycznej

- zrównoważona,
- na czas (nie wymagająca dużo czasu),
- efektywna,
- bezpieczna,
- efektywna kosztowo,
- sprawiedliwa (równa).

Aby zapewnić taki standard opieki musisz znać swoich pacjentów:

- społeczność wokół placówki,
- demografia pacjentów,
- styl życia pacjentów,
- otoczenie i wpływ na standard życia.

10 najważniejszych pytań dla menadżera placówki medycznej

- 1) Jakie usługi oferujesz?
- 2) Czy korzystasz z usług zewnętrznych podmiotów?
- 3) Czy w Twoim POZ jest osoba odpowiedzialna za zarządzanie jakością i ryzykiem?
- 4) Czy masz system zarządzania jakością?
- 5) Czy masz politykę jakości?
- 6) Jak są raportowane i eskalowane incydenty zagrażające jakości usług?
- 7) Czy i jak klasyfikujesz ryzyka?
- 8) W jaki sposób zagrożenia są omawiane i monitorowane?
- 9) W jaki sposób aktywnie przeciwdziałasz zagrożeniu?
- 10) Czy masz rejestr zagrożeń?

Elementy badania placówki POZ

Charakterystyka placówki:

- jeden pacjent,
- jeden lekarz,
- jedna pielęgniarka,
- jedna specjalizacja,
- często odwiedzana przez pacjentów,
- tylko wizyty, mało czasu na diagnozę,
- mały zespół,
- te same osoby w zespole,
- bardziej osobiste relacje niż w dużych jednostkach.

Przeszkody dla pracy zespołowej w POZ:

- brak wymiany informacji,
- hierarchia,
- nieporozumienia komunikacyjne,
- niejasne role w zespole,
- nieporozumienia w interpretacji zdarzeń,
- przepracowanie i zmęczenie,
- dystraktory / rozrywki,
- ograniczona koordynacja działań,
- konflikty personalne.

Wizyty w placówce:

- czy mierzysz czas wizyty,
- jak długa jest lista oczekujących,
- jak długi jest czas oczekiwania,
- czy masz poczekalnię,
- jak definiujesz dostępność lekarza,
- czy rozróżniasz pacjentów i zmieniasz w związku z tym postępowanie,
- czy i jak minimalizujesz użycie antybiotyków.

Zarządzanie placówką:

- czy twoja organizacja jest zarządzana przez procesy czy przez strukturę,
- czy masz opisane procesy, czy postępujesz zgodnie z procesami,
 - czy masz zdefiniowane cele procesowe,
 - kiedy i jaka zmianę wprowadziłeś do procesów,
 - nazwij 3 zmiany technologiczne, które wprowadziłeś w ostatnich 3 latach,
- kto zarządza, a do kogo raportujesz,
- jak nadzorujesz pracę lekarzy,
- czy są regularne spotkania zarządcze,
- kto rozwiązuje problemy, czy zespół, czy jedna osoba,
- czy przechodziłeś szkolenia / treningi menadżerskie,
- czy zbierasz opinie pacjentów,
- co zmieniłeś w placówce bazując na opiniach pacjentów,
- czy masz kalibrowane przyrządy,
- czy masz instalacje przeciwpożarową, czy prowadzisz szkolenia,
- czy prowadzisz dokumentację elektroniczną,
- czy masz możliwość konsultacji elektronicznej,
- czy masz procedurę na wypadek nie działania komputerów,
- czy monitorujesz jaki % pacjentów przychodzi na wizyty kontrolne,
- czy masz osobę w placówce odpowiedzialną za jej wygląd, otoczenie,

- czy masz procedurę kontroli sprzętania.

Zespół:

- czy myślisz o sobie jako o członku zespołu,
- czy zespół tworzy inicjatywy i je realizuje,
- czy monitorujesz zmiany prawne,
- jak motywujesz zespół,
- jak weryfikujesz kompetencje,
- czy wspierasz edukację ciągłą - punkty edukacyjne,
- ile dni przeznaczasz na samo-edukację
- czy prowadzisz konsultację z kolegami i specjalistami
- czy otrzymujecie certyfikaty ze szkoleń i konferencji
 - czy otrzymane certyfikaty, uprawnienia są dostępne dla pacjentów
- czy prowadzisz szkolenia z komunikacji
 - czy wiesz / umiesz jak przekazywać negatywne informacje

Charakterystyka Pacjentów:

- ciąża
 - jak się opiekujesz ciężarnymi, ile w ciągu roku masz kobiet ciężarnych, a ile masz noworodków,
- zmiany lekarza, ilu pacjentów zmieniło lekarza,
- czy masz zdefiniowaną strukturę pacjentów (grupy pacjentów)
- jaki jest % pacjentów poniżej 40 lat
 - jaki jest % szczepień
 - ilu masz diabetyków
 - ilu diabetyków przeszło amputacje
 - ilu pacjentów wysłałeś do centrum diabetologicznego
 - ilu masz chorych na serce
 - ile masz nowotworów
 - ilu masz pacjentów z nadciśnieniem
 - czy monitorujesz leczenie ran przewlekłych - jak są leczone
 - czy śledzisz poprawę w grupach pacjentów
- pacjenci z chorobami przewlekłymi
 - jaki jest % pacjentów z chorobami przewlekłymi
 - czy odbywasz z nimi regularne wywiady
- infekcje dróg moczowych - czy monitorujesz ilu pacjentów ma pozytywny posiew moczu
- ilu pacjentów bierze więcej niż 10 leków
- ile efektów ubocznych działania leków rozpatrywałeś w ciągu ostatniego roku

- czy komunikujesz się z pacjentami za pomocą listu, maila, czy pacjenci mogą się komunikować z lekarzem
- czy masz pacjentów obcojęzycznych
- czy i jak informujesz pacjentów o ich prawach
 - jakie są formaty informacji
 - czy potrafisz informować pacjentów nieczytających i obcojęzycznych
- czy masz możliwość obsługi inwalidów (ruchu, wzroku, słuchu, innych)

Bibliografia

1. C. Carolyn Thiedke, MD, A review of the literature reveals practical ways to improve patient satisfaction and compelling reasons to do so. *Fam Pract Manag.* 2007 Jan;14(1):33-36.
2. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990;30:811-818.
3. Sixma HJ, Spreeuwenberg PM, van der Pasch MA. Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Med Care.* 1998;36:212-229.
4. Haviland MG, Morales LS, Dial TH, Pincus HA. Race/ethnicity, socioeconomic status and satisfaction with health care. *Am J Med Qual.* 2005;20:195-203.
5. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2001;19:174-177.
6. Frostholm L, Fink P, Oernboel E, et al. The uncertain consultation and patient satisfaction. *Psychosom Med.* 2005;67:897-905.
7. Desai RA, Stefanovics EA, Rosenheck RA. The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care. *Med Care.* 2005;43:1208-1216.
8. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type-2 diabetes. *Diabetes Care.* 2002;25:458-463.
9. Walling AD, Woolley DC, Molgaard C, Kallail KJ. Patient satisfaction with migraine management by family physicians. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18:563-566.
10. Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles and chronic illness. *Med Care.* 2005;43:1123-1129.
11. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med.* 2000;9:1148-1155.
12. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten. *Arch Intern Med.* 2001;161:1977-1984.
13. Shaw WS, Zaia A, Pransky G, Winters T, Patterson WB. Perceptions of provider communication and patient satisfaction for treatment of acute low back pain. *J Occup Environ Med.* 2005;47:1036-1043.
14. Cecil DW, Killeen I. Control, compliance and satisfaction in the family practice encounter. *Fam Med.* 1997;29:653-657.
15. Sherbourne CD, Sturm R, Wells KB. What outcomes matter to patients? *J Gen Intern Med.* 1999;14:357-363.
16. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract.* 1998;47:133-137.

17. Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract.* 1998;46:397-402.
18. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med.* 2001;161:1437-1442.
19. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med.* 2006;144:665-672.
20. Fung CH, Elliott MN, Hays RD, et al. Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Serv Res.* 2005;40:957-977.
21. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Healthc Manag.* 2005;50:311-324.
22. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover. *BMJ.* 2005;331:1524-1527.
23. Wolosin RJ. The voice of the patient. *Qual Manag Health Care.* 2005;14:155-164.
24. Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Can Fam Physician.* 1997;43:901-906.
25. Rosemann T, Wensing M, Reuter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:5.
26. Bekkelund SI, Salvesen R. Are headache patients who initiate their referral to a neurologist satisfied with the consultation? *Fam Pract.* 2001;18:524-527.
27. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician.* 2001;47:2009-2012,2015-2016.
28. Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract.* 2005;6:40.
29. Kroenke K, Jackson JL. Outcome in general medical patients presenting with common symptoms. *Fam Pract.* 1998;15:398-403.
30. Gary TL, Maiese EM, Batts-Turner M, Wang NY, Brancati FL. Patient satisfaction, preventive services and emergency room use among African-Americans with type-2 diabetes. *Dis Manag.* 2005;8:361-371.
31. Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence and receipt of preventive care? *Ann Fam Med.* 2005;3:331-338.
32. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *Am J Med.* 2005;118:1126-1133.
33. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* 2000;15:122-128.