

28/6/2013



UNIVERSITY
OF TWENTE

BACHELORTHESE 2013

Evaluatie van de Zorgkaart Nederland | Hoe waarden consumenten en
zorgverleners de zorgkaart (RIVM)

Naam: Jasmijn Karagoz
Studentennummer: s1134019
1e Begeleidster: Saskia Kelders
2e Begeleider: Lex van Velsen
Opleiding: Psychologie

Inhoudsopgave

Voorblad

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader	6
2.1 Patiëntervaringen en tevredenheid.....	6
2.2 Kwaliteits-indicatoren.....	7
2.3 Consequenties en impact.....	7
2.4 Keuzevrijheid.....	8
2.4.1 England.....	8
2.4.2 De Verenigde Staten.....	9
3. Hoofdvraag en deelvragen	10
4. Casusbeschrijving: Zorgkaart Nederland	12
5. Methode	13
5.1 Steekproef.....	13
5.2 Codeerschema.....	13
5.3 Codering.....	15
5.4 Betrouwbaarheid.....	16
5.5 Kwantitatieve analyse.....	16
6. Resultaten	17
7. Conclusie en Discussie	25
8. Referentielijst	29

Samenvatting

Inleiding

De website 'ZorgkaartNederland.nl' is een online website die een overzicht biedt van het zorgaanbod in Nederland. Op de website bestaat ook de mogelijkheid om als consument je mening uit te spreken over je zorgverlener of zorgorganisatie. Een inhoudsanalyse van de website moet antwoord geven op de vraag: *Hoe gebruiken burgers de website ZorgkaartNederland en wat zegt dit over de waarde van de website?* Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te verkrijgen in de website en zo de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland te kunnen verbeteren.

Methode

Bij de analyse is er gebruik gemaakt van twee typen analyses: de t-toest en een variantieanalyse.

Resultaten

Uit de resultaten is er te zien dat uit het totaal aantal uitspraken de meeste uitspraken positief geformuleerd zijn. De identity 'Arts als persoon' wordt het vaakst genoemd, gevolgd door 'Overig personeel'. Tussen de identity bestaan er grote onderling verschillen in de verhouding positief/negatief tussen de twee beroepen. Deze grote onderlinge verschillen bestaan ook tussen de twee locaties. Bij de verdelingen van de verschillende deelaspecten is er geen sprake van een normale verdeling. Bij het gemiddelde van de rapportcijfers voor de verschillende deelaspecten, worden tandartsen hoger beoordeelt dan huisartsen.

Conclusie en discussie

Door te letten op bepaalde aspecten in de gezondheidszorg zou men in de toekomst de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland mogelijk kunnen verbeteren.

Mogelijke zwakke punten wat betreft de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid over de ervaringen van patiënten is dat er het risico bestaat voor onbetrouwbare of verkeerde informatie, manipulatie en sabotage. Ook kan het selecteren van bepaalde aspecten er onbedoeld toe leiden dat zorgverleners eerder hun aandacht gaan richten op deze aspecten, waarbij andere aspecten onvoldoende onder de aandacht worden gebracht. Zo kan de beschikbaarheid van dergelijke informatie ook gevolgen hebben voor de arts-patiënt relatie.

Sterke punten wat betreft de methode is, dat de data reeds aanwezig is op de website 'ZorgkaartNederland' en vrij toegankelijk is. Ook zijn zowel de kwalitatieve recensies als de kwantitatieve recensies eenvoudig te downloaden.

Summary

Introduction

The website 'ZorgkaartNederland.nl' is an online website that provides an overview of the health care in the Netherlands. On the website it is also possible to give your opinion, as a consumer, about your health care provider or health care organization. A content analysis of the website should answer the question: *How does citizens use the website ZorgkaartNederland and what does this say about the value of the website?* The purpose of this study is therefore to obtain insight into the website and by this to improve the quality of health care in the Netherlands

Method

In the analysis there has been used two types of analyzes: the t-test and the ANOVA.

Results

The results are showing that out of the total number of statements most statements are positive formulated. The identity 'Arts als persoon' is mentioned the most, followed by 'Overig personeel'. Between the identity's there are major differences in the ratio positive / negative between the two professions. These large differences also exist between the two locations. There is no question of a normal distribution at the distributions of the various aspects. At the average of the scores for the different aspects, the dentists are assessed higher than GPs.

Conclusion en discussion

By paying attention to certain aspects in the health care, people would be able to improve the quality of the health care in the Netherlands, in the future.

Possible weaknesses regarding the reliability and accuracy of the patient experience is that there is a risk of unreliable or wrong information, manipulation and sabotage. Also, selecting certain aspects inadvertently could cause that caregivers rather focus on these aspects, whereby other aspects aren't adequately brought to their attention. The availability of such information also can affect the doctor-patient relationship.

Strengths in terms of the method are that the data is already present on the site 'ZorgkaartNederland' and that it is freely accessible. Also, both the qualitative and quantitative reviews are easy to download.

1. Inleiding

Door de opkomst van het Web 2.0 is het mogelijk voor individuele mensen om eenvoudig hun waardering en oordeel uit te spreken over de diensten die zij gebruiken. Het Web 2.0 verwijst hierbij naar de ontwikkeling van het internet die een wisselwerkend hulpmiddel mogelijk maakt waarbij internetgebruikers mede de informatie op het internet kunnen bepalen en zo informatie kunnen uploaden en downloaden. In de medische hoek is deze mogelijkheid er nu ook voor patiënten: 'zorgkaartnederland.nl'. Zorgkaart Nederland is een online website die claimt dat het de meest onafhankelijke en complete overzicht biedt van het zorgaanbod in Nederland. Op de website zijn onder andere verschillende zorgverleners, zorginstellingen en organisaties zoals ziekenhuizen en praktijken te vinden. Maar ook verschillende openbare informatiebronnen zoals: Keuzehulp 'Hernia en Stenose', Monitor Borstkankerzorg en Keuzehulp Kind & Ziekenhuis. Deze dienen als verwijfsfunctie naar andere zorgprofessionals en organisaties. Als burger vind je op deze website, zonder lang te zoeken, in een opslag de zorg van je keuze. Op de website bestaat tevens de mogelijkheid om als consument je mening of waardering uit te spreken over je zorgverlener of zorgorganisatie. Andere burgers kunnen hier ook baat bij hebben, bij het zoeken naar of vinden van een passende zorgverlener of zorgorganisatie. Dit geeft zorginstellingen en zorgverleners ook praktische suggesties voor het verder verbeteren van hun dienstverlening.

Zo stelt ZorgkaartNederland dat door het aanbod van zorgaanbieders op één website bij te houden, deze samen met verwijzingen naar kwaliteitsuitslagen aan te bieden en vooral hun oordeel te vragen op aspecten die men in de zorg belangrijk vindt, is het doel van deze website om binnen de gezondheidszorg te zorgen voor een transparant en genuanceerd overzicht van het zorgaanbod in Nederland en voornamelijk ook te zorgen voor een verbeterde kwaliteit van de zorg.

Om te bepalen wat de waarde van een dergelijke site is, is het van belang om te achterhalen hoe de site wordt gebruikt. Worden er alleen positieve of negatieve waarderingen geplaatst? Welke beperkingen worden door de burgers genoemd? Op welke criteria letten burgers/patiënten vooral of wat vinden ze belangrijk? Bijvoorbeeld de bereikbaarheid van de dienstverlener?

Een inhoudsanalyse van de website 'Zorgkaart Nederland' moet antwoord geven op de vraag: *Hoe gebruiken burgers de website zorgkaart Nederland en wat zegt dit over de waarde van de website?*

Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te verkrijgen in de website 'ZorgkaartNederland' om zo in de toekomst de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland mogelijk te kunnen verbeteren.

2. Theoretisch kader

Verschillende onderzoeken laten zien dat in 2010, 88% van Amerikaanse volwassenen het internet hebben gebruikt om op zoek te gaan naar gezondheidsgerelateerde informatie (Bassam Kadry et al., 2011) Patiënten zoeken niet alleen informatie over ziekten, maar ook over artsen en ziekenhuizen. In de Verenigde Staten, zocht 47% online informatie op over hun zorgaanbieder, 37% raadpleegden arts-beoordelingssites en 7% van de mensen die informatie zochten over hun zorgaanbieder plaatsten een beoordeling online (Keckley, 2011). Een andere studie wees uit dat 15% van de burgers eerst de ziekenhuizen vergelijken voordat ze een selectie maken, en 30% van de consumenten vergelijken artsen online voor het maken van een keuze (Fox & Purcell, 2010).

2.1 Patiëntervaringen en tevredenheid

Volgens Reimann & Strech (2010) kan informatie over ervaringen van patiënten en de tevredenheid met individuele artsen een belangrijke rol spelen voor de prestatie-symtomen, de verbeteringen in de gezondheidszorg en de gezondheidsinformatie. '*Physician rating sites (PRS)*', (websites waarop burgers de diensten van artsen kunnen beoordelen) blijken hierbij een bron voor dit soort informatie te zijn. De manier waarop '*PRS*' gebruikers toestaat om patiëntervaringen en tevredenheid uit te drukken, in feedback of beantwoording van vragenlijsten, kan waarschijnlijk het beeld van artsen in de maatschappij en het zelf-begrip van zowel artsen als patiënten beïnvloeden. Het kan ook van belang zijn voor de basis doelen van de geneeskunde om patiënttevredenheid met artsen in te zien en informatie hierover te voorzien (Elwyn et al., 2007; Corrigan et al., 2007; Browne et al., 2010).

De tevredenheid van patiënten lijkt normaal gesproken de houding ten opzichte van de zorg of aspecten van de zorg te vertegenwoordigen (Baker, 1993). Gezondheidszorg die de gezondheid alleen verbeteren in bekrompen technische zin en geen verbetering biedt van de kwaliteit of de duur van het leven, wordt waarschijnlijk niet als gunstig gezien voor de patiënt. (Jenkinson, 1998). Interesse is daarom niet alleen gegroeid in de beoordeling van behandelingsinterventies door patiënten, maar ook in de consequente evaluatie van de levering van die zorg (Clearly E.a., 1991). Verder wordt er volgens door Clearly et al ook gesuggereerd dat de toestand van de gezondheid en de leeftijd van grote invloed zijn als het gaat om patiënttevredenheid.

2.2 Kwaliteits-indicatoren

Verschillende dimensies van patiënten ervaringen en tevredenheid worden vertegenwoordigd door zowel onderzoeksinstrumenten als PRS. Voor dit onderzoek is er op de website Zorgkaart Nederland eerst globaal gekeken naar de uitspraken van burgers. Hierbij werd er gelet op welke aspecten er voornamelijk werden genoemd. Uit de globale analyse werden de volgende kwaliteits-indicatoren genoemd. Als belangrijkste aspecten de persoonlijke vaardigheden van de arts: vriendelijkheid, zorgzaamheid, betrouwbaarheid, ijverig, empathie, interesse tonen, effectief luisteren, juiste vragen en informatie verstrekken, het opbouwen van een vertrouwensrelatie, vakbekwaamheid en het geven van advies. Ook de volgende aspecten worden genoemd: bereikbaarheid, beschikbaarheid, accommodatie, sfeer in de praktijk of de kliniek (teamgeest, aantrekkelijke wachtkamer, netheid), tijd management (korte wachttijden, goede organisatie), klantgerichtheid (nadruk op de patiënt, geen onderbrekende telefoontjes, gelijke behandeling voor alle patiënten, kortere wachttijden voor noodgevallen), competentie en vriendelijkheid van het personeel en de interactie binnen het team.

2.3 Consequenties en impact

Hoewel kennis over de ervaringen van patiënten nuttig is, identificeren critici van deze beoordelingswebsites het als een risico voor verkeerde informatie, manipulatie en sabotage (Mostaghimi et al., 2010; Brayer, 2010; Mills, 2009; Masnick, 2010). Patiënten kunnen bijvoorbeeld hoge mate van tevredenheid beschrijven en tegelijk ook ervaringen beschrijven die minder optimaal zijn. Ondanks de grote hoeveelheid van actief onderzoek en wetenschappelijke publicaties op het gebied van patiënt ervaringen en tevredenheid (Browne et al., 2010) is er slechts zeer weinig publieke informatie beschikbaar over patiëntervaringen en tevredenheid over individuele artsen of ziekenhuizen (Lagu et al., 2010). In tegenstelling tot dit gebrek aan onderzoek is er discussie over de impact van PRS's in verschillende gezondheidssystemen. De Britse National Health Service (NHS) en de toonaangevende ziekenfonds binnen de Duitse wettelijke ziekteverzekering hebben patiënten aangemoedigd om hun artsen en ziekenhuizen (Hussey et al., 2004; McGlynn et al., 2003) te beoordelen. Amerikaanse en Duitse arts organisaties, waaronder de American Medical Association (AMA) en de Duitse Medical Association (BAK), verzetten zich eerder tegen de ontwikkeling van PRS met het argument bijvoorbeeld, dat de identiteit van de patiënten niet kan worden bevestigd, beoordelingen overdreven negatief zullen zijn, en reacties van artsen

zullen worden gehinderd door de vertrouwelijkheid (Qaseem et al., 2010). Thorndike E.I. (1920) stelt dat als patiënten denken dat de praktijk goed is dat ze de neiging hebben om te zeggen dat de dokter goed is, in de vorm van het 'halo-effect', hierdoor ontstaat er dus een vertekend beeld.

2.4 Keuzevrijheid

In Nederland zijn diverse organisaties betrokken bij het ontwikkelen van indicatoren om zodoende de kwaliteit van het zorgaanbod zichtbaar te maken en te kunnen vergelijken. Ook internationaal is er in toenemende mate aandacht voor het meten van kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor burgers (Lugtenberg & Westert, 2007). In sommige landen, zoals de Verenigde Staten en Engeland, heeft men al ruime tijd ervaring met keuzevrijheid van burgers (burgers in staat te stellen om verantwoorde keuzes te maken op het gebied van de gezondheidszorg) en zijn er diverse maatregelen ontplooid om burgers te ondersteunen bij het maken van deze juiste keuzes (Davies & Marshall 1999, Groenewoud et al., 2006).

Onderzoeken van Lugtenberg & Westert zien dat men zich in Engeland en de Verenigde Staten al sinds halverwege de jaren tachtig bezig houden met prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg.

2.4.1 Engeland

Onderzoek van Lugtenberg & Westert laat zien dat ten aanzien van het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren het Engelse '*Star rating system*' het bekendste initiatief is. Zij stellen dat de Healthcare Commission (HC) in Engeland het belangrijkste instituut is op het gebied van het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg van de NHS (National Health Services). Deze organisatie is onder andere belast met het meten van de prestaties van de gezondheidszorg, met behulp van het z.g. *Star rating system*. Aan elk ziekenhuis wordt een beoordeling gegeven, variërend van 0 tot 3 sterren, die de prestatie van de ziekenhuizen weergeeft. Het bekende Star rating system is in principe niet bedoeld voor de consument, maar is ontwikkeld voor beleidsmakers, zorgaanbieders en managers. Na invoering van het Star rating systeem is de gerapporteerde kwaliteit van de gezondheidszorg duidelijk omhoog gegaan (Bevan & Hood 2006).

Naast het meten van kwaliteit heeft Engeland, als een van de weinige landen, al veel ervaring met het bieden van keuze-informatie aan consumenten. Door het aanbieden van keuze-informatie beoogt men uiteindelijk de kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren. Via

internet wordt vergelijkende informatie over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorginstellingen aangeboden. Hiervan is *Dr Foster* het meest bekend. Dit is een gezondheidsgids die online informatie aanbiedt over Britse ziekenhuizen, consulten en procedures. *Dr Foster* is speciaal ontwikkeld is voor de consument. De gegevens worden verkregen via verschillende bronnen, zoals het ministerie, de individuele fondsen en artsen (Little, 2002). Het Engelse kwaliteitssysteem van de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door relatief veel invloed en sturing vanuit de overheid. Uit een eerder onderzoek blijkt dat consumenten over het algemeen meer tevreden zijn over '*Dr Foster*' dan over het '*Star rating system*' (Magee et al., 2003).

Consumenten vonden de gegevens van *Dr Foster* gebruiksvriendelijker en meer gedetailleerd en lokaal relevanter dan die van het *Star rating system*. Bovendien vond men het belangrijk dat *Dr Foster* niet een overheidsinitiatief betreft. Een deel van de consumenten bleek echter wel moeite te hebben met de interpretatie van de gegevens.

Hoewel men in Engeland de laatste jaren veel aandacht heeft besteed aan het terugdringen van bureaucratie en het integreren van wensen en behoeften van de bevolking in het gezondheidszorgsysteem, is de feitelijke keuzevrijheid van patiënten nog steeds gering (RVZ, 2003). Ook het onderzoek van Magee et al (2003) liet zien dat een deel van de consumenten er niet van overtuigd was überhaupt een keuze te hebben.

2.4.2 De Verenigde Staten

Onderzoek van Lugtenberg & Westert laat verder ook zien dat de Verenigde Staten al jarenlang ervaring hebben met het werken met prestatie-indicatoren en dat ze diverse maatregelen ontplooid hebben om de kwaliteit van de gezondheidszorg zichtbaar te maken. Vijf bekende organisaties /initiatieven op dit gebied zijn: de *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, de *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, de *National Committee for Quality Assurance (NCQA)* en de *Quality Indicator Project (QIP)*. Net als in Engeland heeft men in de Verenigde Staten al veel ervaring met het bieden van keuze-informatie aan burgers. Enkele bekende initiatieven op dit gebied zijn: *Hospital Quality Alliance (HQA)* en websites zoals *Healthgrades*, *Leapfrog* en *Healthfinder*. Net als in Engeland geldt hier dat het aanbieden van informatie over het presteren van zorginstellingen, in ieder geval lijkt te zorgen voor kwaliteitsverbetering van de zorg (Hibbard et al 2003, Hibbard et al 2005b). Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat consumenten meer keuzevrijheid en het

verkrijgen van keuze-informatie wenselijk vinden e.g. (RVZ 2003, Van Linschoten et al 2004). Bovendien leert de ervaring in andere landen ons dat het openbaar maken van prestatie-informatie leidt tot een verbetering in de kwaliteit van zorg. Zo heeft zowel in Engeland als in de Verenigde Staten het publiekelijk maken van kwaliteitsinformatie een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van verbeteringen e.g (Bevan & Hood 2006, Hibbard et al 2003, Hibbard et al 2005b). In andere landen wordt het bieden van prestatie-informatie dan ook niet zozeer gezien als doel op zich, maar als middel om kwaliteitsverbetering te realiseren (Groenewoud et al 2006). Op basis van de kennis en ervaringen in andere landen met het meten van kwaliteit en keuze-informatie voor consumenten, kan een bijdrage worden geleverd voor het verder ontwikkelen van keuze-informatie in Nederland (Lugtenberg & Westert, 2007)

3.1 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag: 'Hoe gebruiken burgers de website zorgkaart Nederland en wat zegt dit over de waarde van de website'?

Het hoofdthema van het onderzoek is inzicht krijgen in de waarde van de website 'Zorgkaart Nederland'. Omdat burgers beslissingen nemen op basis van hun perceptie over de kwaliteit en tevredenheid over hun zorgverlener is het van belang dat managers van de gezondheidszorg moeten begrijpen hoe consumenten de aangeboden zorg evalueren. Wanneer zorgverleners begrijpen welke attributen consumenten belangrijk vinden bij hun oordeel over de kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen er maatregelen worden genomen om de prestaties op deze attributen te controleren en te verbeteren. De resultaten zullen dan kunnen leiden tot een hogere gepercipieerde kwaliteit en tevredenheid ten behoeve van de burger.

Het feit dat ieder persoon uniek is en ieder persoon op zijn eigen manier iets ervaart en de mate van onderlinge tevredenheid hierbij verschilt, is er in dit onderzoek ook aandacht besteed aan de vraag: welke aspecten er nou juist voornamelijk naar voren komen in de uitspraken en wat als meest negatief of positief word ervaren. Hierbij is er ook gekeken of de rasportcijfers flink uiteenlopen of dat er sprake is van een normaal verdeling. Dit ook juist om te kijken of er niet alleen hele positieve en negatieve beoordelingen gegeven worden.

Interessant in het onderzoek lijkt het om te kijken of er verschillen in de beoordelingen zijn wanneer er veel of weinig keuze is. Het blijkt zo te zijn dat er in Amsterdam meer praktijken zijn en dus meer keuze bestaat dan in Enschede het geval is. Bij het onderzoek worden de regio's

Amsterdam en Enschede dus vergelijkt om te kijken of burgers in Amsterdam hierdoor dan misschien kritischer zijn dan de burgers in Enschede.

Tot slot wordt er in dit onderzoek gekeken of er door het verschil in aanpak en uitvoering van de behandeling verschillen bestaan in het beoordelen van tandartsen en huisartsen. Dit vanuit de visie dat huisartsen niet alleen gespecialiseerd zijn in een bepaald vakgebied binnen de geneeskunde. Als huisarts behandel je en onderzoek je patiënten met de meest uiteenlopende problemen of klachten

Horende bij dit onderzoek zijn de volgende deelvragen & hypothesen opgesteld:

Deelvraag 1: Welke aspecten spelen bij burgers een rol bij hun beoordeling.

Onderzoek van Bowers et al (1994) geeft aan dat de volgende aspecten een rol kunnen spelen bij de kwaliteit van de service en de tevredenheid bij burgers: tastbaarheid, begrip zorgzaamheid, betrouwbaarheid, verantwoordelijkheid, zekerheid, empathie, competentie, hoffelijkheid, communicatie, geloofwaardigheid, veiligheid en toegankelijkheid. De hypothesen hierbij zijn: 'Positieve aspecten die een rol spelen bij de beoordeling van burgers zijn: Arts als persoon en communicatie. Negatieve aspecten die een rol spelen bij de beoordeling van burgers zijn: uitvoering behandeling en lange wachttijd/afspraak'.

Deelvraag 2: Welke trend wordt er gevonden bij de beoordeling van de verschillende deelaspecten.

Hypothese hierbij is: 'Uit de beoordeling van de verschillende deelaspecten komt een normaal verdeling naar voren'.

Deelvraag 3: Welke verschillen worden er gevonden in de waarderingen tussen mensen in Amsterdam en Enschede. Doordat Amsterdam over meer praktijken beschikt en burgers hierdoor minder beperkt zijn in hun aanbod zou het mogelijk kunnen zijn dat mensen uit Amsterdam kritischer zijn. Hypothese hierbij is: 'Mensen uit Amsterdam waarderen de diensten die ze in de gezondheidszorg gebruiken hoger dan de mensen uit Enschede'.

Deelvraag 4: In hoeverre worden tandartsen anders beoordeeld dan huisartsen. Hypothese hierbij is: 'Er bestaat geen verschil tussen de beoordelingen van tandartsen en huisartsen'.

4. Casusbeschrijving: Zorgkaart Nederland

Op de website Zorgkaart Nederland kun je als burger/patiënt je mening geven over je zorgverlener en/of zorgorganisatie, zoals je huisarts, apotheek, fysiotherapeut, ziekenhuis en etcetera. Dit doe je door een aantal cijfers te geven op enkele criteria: afspraken, accommodatie, medewerkers, luisteren, informatie en behandeling. Het is ook mogelijk om uitgebreide feedback in te typen en aan te geven wat er goed ging en/of wat beter kan. Andere consumenten/patiënten kunnen deze waardering lezen, en de zorgverlener kan hierop reageren. En eventueel praktische suggesties uithalen voor het verder verbeteren van hun dienstverlening. Zie figuur 1 hieronder voor het concept.

Figuur 1: Voorbeeld Concept van Website ZorgkaartNederland

The screenshot shows the homepage of Zorgkaart Nederland. At the top left is the logo, and at the top right are navigation links: Home, Blog, Keuzehulpen, Over ZorgkaartNederland, and Producten en c. Below the navigation is a search bar with the text "Zoek, vind & waardeer 113.254 zorgaanbieders". The search bar has two input fields: "Naam zorgaanbieder" (with the example "(bijv. J. Jansen)") and "Plaats of postcode" (with the example "(bijv. Amsterdam)"). A "Zoeken" button is to the right. Below the search bar are two dropdown menus: "Of kies een beroep" and "Of kies een plaats".

Below the search bar are two columns of results:

- Zoek op beroep**
 - 1 Fysiotherapeut (17882)
 - 2 Huisarts (8805)
 - 3 Tandarts (7047)
 - 4 Diëtist (2920)
 - 5 Basisarts (2643)
 - Alle beroepen
- Zoek op organisatie**
 - 1 Fysiotherapiepraktijk (5266)
 - 2 Huisartsenpraktijk (4617)
 - 3 Tandartsenpraktijk (4486)
 - 4 Apotheek (1908)
 - 5 Ziekenhuis (351)
 - Alle organisaties

Below the results is a section titled "Keuzehulpen" with a list of links:

- Monitor Borstkankerzorg
- Keuzehulp Kind en Ziekenhuis
- Patiëntenwijzer darmkanker
- Patiëntenwijzer bloed- en lymfeklierkanker
- Kies uw vaatzorg: spataderkeurmerk

Below the list is a link "Alle keuzehulpen".

At the bottom is a section titled "Maak de zorg beter" with the subtitle "Waardeer de zorg van uw tandarts, huisarts, zorginstellingen e.a.". It contains three cards:

- 1 Zoek**: binnen ZorgkaartNederland (with a magnifying glass icon)
- 2 Vind**: uw zorgaanbieder (with a person icon)
- 3 Waardeer**: en draag bij aan betere zorg (with a star icon)

5 Methode

5.1 Steekproef

Op Zorgkaart Nederland kregen burgers, die gebruik hadden gemaakt van diensten in de zorg (in Nederland), de mogelijkheid om hun zorgverleners te waarderen. Voor het onderzoek was er gekozen voor tandartsen en huisartsen uit Enschede en Amsterdam. Zo waren er op 4 april in totaal aselect 150 kwalitatieve recensies en 300 kwantitatieve recensies van tandartsen en huisartsen uit Enschede en Amsterdam gedownload.

5.2 Codeerschema

Bij dit onderzoek was er eerst begonnen met het ontwikkelen van een codeerschema, waarbij er een aselect deel van de feedback op Zorgkaart Nederland had gecodeerd naar een beperkt aantal categorieën.

In het codeerschema hieronder zijn de verschillende categorieën weergegeven met een Identity (nummer) en een bijbehorende term die de categorie met behulp van een definitie omschrijft.

Tevens is er bij het codeerschema ook een bronvermelding weergegeven horende bij de verschillende termen.

Tabel 1. Codeerschema

ID	Term	Definitie	Bron
1	Deskundigheid	De arts heeft kennis van zaken, is op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, blijft zichzelf ontwikkelen in zijn specialisatie en stelt zich hierbij (vak)kundig op m.b.t. de cliënt waarbij hij controle weet te houden over de situatie.	Assurance (Parasuraman E.a., 1988) Competence and security (Bowers E.a.; 1994) Physician competence (Nelson, 1990)
2	Communicatie	Er is sprake van een open en persoonlijke benadering naar elkaar toe, waarbij behandelopties en suggesties duidelijk met elkaar worden besproken, er goed naar elkaar wordt geluisterd en ook interesse wordt getoond naar de cliënt.	Communication (Bower E.a., 1994) communication (Nelson, 1990) Doctors honor patient interest (Nelson, 1990)
3	Arts als persoon	De arts beschikt over positieve persoonlijkheidskenmerken (ook in de omgang naar anderen), geeft goed advies en weet mensen op een verantwoorde en respectvolle manier bij te staan.	Reliability, empathy, responsiveness (Parasuraman E.a., 1988) Physician competence (Nelson, 1990)

4	Overige personeel	Het overig personeel beschikt over positieve persoonlijkheidskenmerken, werken goed samen en weten cliënten op een juiste en professionele manier te helpen bij de zorg die ze nodig hebben.	Responsiveness, empathy (Parasuraman E.a., 1988) Competence, courtesy, credibility, understanding/ knowing the customer, caring (Bowers E.a.,1994) Courtesy, careful interpersonal skills (Nelson, 1990)
5	Uitvoering behandeling	De behandeling wordt op een juiste en accurate manier uitgevoerd waarbij iedereen op een gelijke manier word behandeld en er ook rekening wordt gehouden met effecten op langere termijn.	Physician competence (Nelson, 1990)
6.	Estheticiteit praktijk	De praktijk is hygiënisch en beschikt over een juiste indeling, sfeer, accommodatie, bereikbaarheid, administratie en toegankelijk voor iedereen.	Tangibles (Parasuraman E.a., 1988) Access (Bower E.a. 1994) Ambiance, access (Nelson, 1990)
7	Extra service	Er worden extra initiatieven en services aangeboden ten behoeve van de cliënten met eventueel een duidelijke offerte.	Payment (Nelson, 1990)
8	Wachttijd/ afspraak	De organisatie en planning van afspraken en service (ook qua wachttijden) zijn van hoge kwaliteit met goede en gelijke zorg van alle patiënten.	amenities, (Nelson, 1990)
9	Extra informatie /media voorziening	Voor cliënten bestaat er de mogelijkheid om extra professionele informatie (via media) of lectuur te verkrijgen m.b.t. de nodige onderhoud of behandeling.	
10	Oordelen (evt. door anderen)	Doorverwijzingen, uitspraken, ervaringen, bezwaren en/of goede aanbevelingen (over resultaat) eventueel door anderen.	Patient outcome (Bower E.a., 1994) Outcomes (Nelson, 1990)
11	Overige	Aspecten die niet onder de reeds genoemde categorieën vallen	

5.3 Codering

Nadat het codeerschema met de verschillende categorieën was vastgesteld voor de verschillende waarderingen was er vervolgens met behulp van 'Excel' een file aangemaakt waarin de corpus werd verwerkt van zowel de kwalitatieve feedback (uitspraken, open antwoorden) als de kwantitatieve feedback (rapportcijfers voor verschillende deelaspecten) op de Zorgkaart Nederland. Bij de kwalitatieve feedback was elke uitspraak geanalyseerd naar:

- Identity
- beroep (tandarts of huisarts)
- locatie (Enschede of Amsterdam)
- positief/negatief/neutraal
- nummer arts
- datum van de beoordeling
- reactie

De tabel hieronder geeft een globaal beeld weer over de verdeling van het aantal uitspraken per beroep en locatie van de 150 gedownloadte recensies.

Tabel 2. Aantal Uitspraken per Beroep en Locatie

		Locatie		Totaal
		Enschede	Amsterdam	
Beroep	huisarts	168	148	316
	tandarts	260	260	520
Totaal		428	408	836

Bij de kwantitatieve feedback waren bij elke beoordeling de verschillende deelaspecten verzameld:

- waardering voor afspraken (cijfer van 1 t/m 10)
- waardering voor accommodatie (cijfer van 1 t/m 10)
- waardering voor medewerkers (cijfer van 1 t/m 10)
- waardering voor luisteren (cijfer van 1 t/m 10)
- waardering voor informatie (cijfer van 1 t/m 10)
- waardering voor behandeling (cijfer van 1 t/m 10)
- het gemiddelde (cijfer van 1 t/m 10)
- beroep (tandarts of huisarts)

- locatie (Enschede of Amsterdam)
- nummer arts
- datum van de beoordeling

5.4 Betrouwbaarheid

Met SPSS was de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de Identity en positief/ negatief/ neutraal bepaald met behulp van 'Cohen's Kappa'. Hierbij werd de eigen codering van de eerste honderd uitspraken voor de Identity vergeleken met de honderd uitspraken die een tweede persoon had gecodeerd. Dit werd op de zelfde manier gedaan voor positief/negatief/neutraal. Voor de Identity werd er een kappa gevonden van 0,847. Voor positief/negatief/neutraal werd er een kappa gevonden van 0,662. Vervolgens werd er met SPSS analyses uitgevoerd die inzicht boden in hoe er feedback werd gegeven op de website, voor zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve corpus.

5.5 Kwantitatieve analyse

In dit onderzoek waren beroep, locatie, positief/negatief/neutraal en de Identity de onafhankelijke variabelen. De waardering uitgedrukt in een cijfer voor de verschillende deelaspecten was de afhankelijke variabele.

Bij de analyse was gebruik gemaakt van twee typen analyses: De t-toest om te toetsen of de gemiddelden van de verschillende deelaspecten aan elkaar gelijk waren. Hierbij was er ook voor gekozen om het gemiddelde, de standaard deviatie, de mediaan, het minimum en het maximum te bepalen voor de verschillende deelaspecten. Een variantieanalyse om te toetsen of er significante verschillen waren gevonden tussen locatie en beroep.

6 Resultaten

In tabel 3 hieronder is de verdeling van het aantal en percentage positieve, negatieve en neutrale uitspraken per identity van het totaal aantal recensies weergegeven. Zo is er te zien dat uit het totaal aantal uitspraken de meeste uitspraken positief geformuleerd zijn. De identity 'Arts als persoon' wordt het vaakst genoemd, gevolgd door 'Overig personeel'. Wanneer we kijken naar de percentages per rij, dan blijkt het dat bij de positieve uitspraken de identity's: Oordelen (evt. door anderen), communicatie en Arts als persoon uit het grootste percentage uitspraken bestaat. Bij de negatieve uitspraken is het de identity 'Extra informatie/ media voorziening' die er voornamelijk uit springt.

Tabel 3. *Verdeling van Het Aantal en Percentage Positieve/Negatieve/Neutrale Uitspraken per Identity van Het Totaal Aantal Recensies.*

Identity	Positief/negatief/neutraal			Totaal
	Positief (%)	Negatief (%)	Neutraal (%)	
Deskundigheid	22 (78.6%)	6 (21.4%)	0 (0.0%)	28
Communicatie	72 (80.9%)	16 (18.0%)	1 (1.1%)	89
Arts als persoon	171 (80.3%)	41 (19.2%)	1 (0.5%)	213
Overig personeel	95 (72.5%)	36 (27.5%)	0 (0.0%)	131
Uitvoering behandeling	60 (69.0%)	22 (25.3%)	5 (5.7%)	87
Estheticiteit praktijk	41 (68.3%)	17 (28.3%)	2 (3.3%)	60
Extra service	22 (62.9%)	12 (34.3%)	1 (2.9%)	35
Wachttijd/afspraak	28 (56.0%)	20 (40.0%)	2 (4.0%)	50
Extra informatie/media voorziening	2 (25.0%)	6 (75.0%)	0 (0.0%)	8
Oordelen (evt. door anderen)	81 (83.5%)	16 (16.5%)	0 (0.0%)	97
Overige	21 (55.3%)	13 (34.2%)	4 (10.5%)	38
Totaal	615 (73.6%)	205 (24.5%)	16 (1.9%)	836 (100%)

In tabel 4 de verdeling te zien van het aantal en percentage positieve, negatieve en neutrale uitspraken per beroep bij elke identity. Zo is bij het totaal voor huisartsen te zien dat ongeveer de helft van de uitspraken positief geformuleerd zijn en de andere helft negatief geformuleerd zijn. Voor tandartsen is ongeveer 90% van de uitspraken positief geformuleerd en ongeveer 10% van de uitspraken negatief geformuleerd. Wanneer we kijken naar de verschillen tussen de beroepen per identity. Dan zien we dat er bij de identity's: 'deskundigheid, overig personeel, estheticiteit praktijk, extra service, wachttijd/afpraak en overige' grote onderlinge verschillen bestaan in de verhouding positief/negatief tussen de twee beroepen. Bij 'deskundigheid' is de verhouding positief: negatief voor huisartsen ongeveer 3:2 en voor tandartsen ongeveer 10:0. Bij 'Overig personeel' is de verhouding voor huisartsen ongeveer 3:7 en voor tandartsen ongeveer 10:0. Bij 'Estheticiteit praktijk' is de verhouding voor huisartsen ongeveer 2:3 en voor tandartsen ongeveer 9:1. Bij 'Extra service' is de verhouding voor huisartsen ongeveer 1:4 en voor tandartsen ongeveer 7:2. Bij 'Wachttijd/afpraak' is de verhouding voor huisartsen ongeveer 1:4 en voor tandartsen ongeveer 9:1. Bij 'Overige' is de verhouding voor huisartsen ongeveer 0:9 en voor tandartsen ongeveer 9:0.

Tabel 4. *Verdeling van Het Aantal en Percentage Positieve/Negatieve/Neutrale Uitspraken per Beroep bij Elke Identity.*

Identity	Beroep	Positief/negatief/neutraal			Totaal
		Positief (%)	Negatief (%)	Neutraal (%)	
Deskundigheid	Huisarts	8 (57.1%)	6 (42.9%)	0 (0.0%)	14
	Tandarts	14 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14
Communicatie	Huisarts	30 (75.0%)	10 (25.0%)	0 (0.0%)	40
	Tandarts	42 (85.7%)	6 (12.2%)	1 (2.0%)	49
Arts als persoon	Huisarts	69 (69.7%)	30 (30.3%)	0 (0.0%)	99
	Tandarts	102 (89,5%)	11 (9.6%)	1 (0.9%)	114
Overig personeel	Huisarts	18 (34.0%)	35 (66.0%)	0 (0.0%)	53
	Tandarts	77 (98.7%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)	78
Uitvoering behandeling	Huisarts	5 (50.0%)	5 (50.0%)	0 (0.0%)	10
	Tandarts	55 (71.4%)	17 (22.1%)	5 (6.5%)	77
Estheticiteit praktijk	Huisarts	8 (36.4%)	13 (59.1%)	1 (4.5%)	22
	Tandarts	33 (86.8%)	4 (10.5%)	1 (2.6%)	38

Extra service	Huisarts	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0 (0.0%)	6
	Tandarts	21 (72.4%)	7 (24.1%)	1 (3.4%)	29
Wachttijd/afspraak	Huisarts	5 (20.8%)	18 (75.0)	1 (4.2%)	24
	Tandarts	23 (88.5%)	2 (7.7%)	1 (3.8%)	26
Extra informatie/media voorziening	Huisarts	0 (0.0%)	5 (100%)	0 (0.0%)	5
	Tandarts	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	3
Oordelen (evt. door anderen)	Huisarts	16 (55.2%)	13 (44.8%)	0 (0.0%)	29
	Tandarts	65 (95.6%)	3 (4.4%)	0 (0.0%)	68
Overige	Huisarts	0 (0.0%)	12 (85.7%)	2 (14.3%)	14
	Tandarts	21 (87.5%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	24
Totaal	Huisarts	160 (50.6%)	152 (48.1%)	4 (1.3%)	316
	Tandarts	455 (87.5%)	53 (10.2%)	12 (2.3%)	520
		615 (73.6%)	205 (24.5%)	16 (1.9%)	836 (100%)

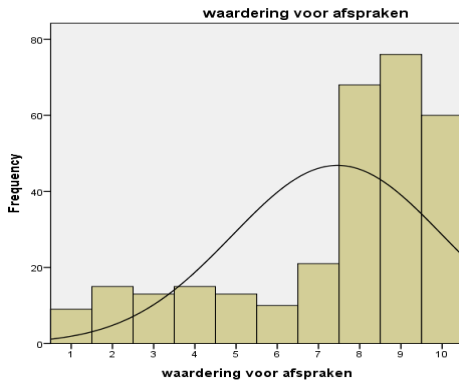
In tabel 5 is de verdeling te zien van het aantal en percentage positieve, negatieve en neutrale uitspraken per locatie bij elke identity. Zo is bij het totaal voor Enschede te zien dat ongeveer 70% van de uitspraken positief geformuleerd zijn en ongeveer 30% negatief geformuleerd zijn. Voor Amsterdam is ongeveer 80% van de uitspraken positief geformuleerd en ongeveer 20% van de uitspraken negatief geformuleerd. Wanneer we kijken naar de verschillen tussen de locaties per identity. Dan zien we dat er bij de identity's: 'deskundigheid, extra informatie/media voorziening en overige' grote onderlinge verschillen bestaan in de verhouding positief/negatief tussen de twee locaties. Bij 'Deskundigheid' is de verhouding positief: negatief voor Enschede ongeveer 6:4 en voor Amsterdam ongeveer 9:1. Bij 'Extra informatie/media voorziening' is de verhouding voor Enschede ongeveer 1:4 en voor Amsterdam ongeveer 1:1. Bij 'Overige' is de verhouding voor Enschede ongeveer 4:5 en voor Amsterdam ongeveer 7:1.

Tabel 5. Verdeling van Het Aantal en Percentage Positieve/Negatieve/Neutrale Uitspraken per Locatie bij Elke Identity.

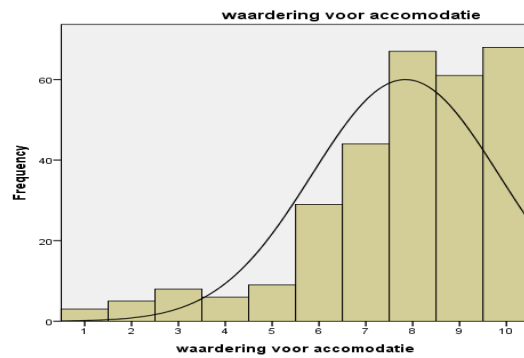
Identity	Locatie	Positief/negatief/neutraal			Totaal
		Positief (%)	Negatief (%)	Neutraal (%)	
Deskundigheid	Enschede	8 (61.5%)	5 (38.5%)	0 (0.0%)	13
	Amsterdam	14 (93.3%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	15
Communicatie	Enschede	26 (76.5%)	8 (23.5%)	0 (0.0%)	34
	Amsterdam	46 (83.6%)	8 (14.5%)	1 (1.8%)	55
Arts als persoon	Enschede	73 (73.0%)	27 (27.0%)	0 (0.0%)	100
	Amsterdam	98 (86.7%)	14 (12.4%)	1 (0.9%)	113
Overig personeel	Enschede	58 (70.7%)	24 (29.3%)	0 (0.0%)	82
	Amsterdam	37 (75.5%)	12 (24.5%)	0 (0.0%)	49
Uitvoering behandeling	Enschede	27 (71.1%)	9 (23.7%)	2 (5.3%)	38
	Amsterdam	33 (67.3%)	13 (26.5%)	3 (6.1%)	49
Estheticiteit praktijk	Enschede	25 (73.5%)	8 (23.5%)	1 (2.9%)	34
	Amsterdam	16 (61.5%)	9 (34.6%)	1 (3.8%)	26
Extra service	Enschede	9 (60.0%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	15
	Amsterdam	13 (65.0%)	7 (35.0%)	0 (0.0%)	20
Wachttijd/afspraak	Enschede	20 (54.1%)	16 (43.2%)	1 (2.7%)	37
	Amsterdam	8 (61.5%)	4 (30.8%)	1 (7.7%)	13
Extra informatie/media voorziening	Enschede	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0 (0.0%)	6
	Amsterdam	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	2
Oordelen (evt. door anderen)	Enschede	34 (73.9%)	12 (26.1%)	0 (0.0%)	46
	Amsterdam	47 (92.2%)	4 (7.8%)	0 (0.0%)	51
Overige	Enschede	10 (43.5%)	12 (52.2%)	1 (4.3%)	23
	Amsterdam	11 (73.3%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	15
Totaal	Enschede	291 (68.0%)	131 (30.6%)	6 (1.4%)	428
	Amsterdam	324 (79.4%)	74 (18.1%)	10 (2.5%)	408
Totaal		615 (73.6%)	205 (24.5%)	16 (1.9%)	836 (100%)

In de figuren 2 t/m 7 hieronder zijn de trends van de verschillende deelaspecten te zien. Zo is er over het algemeen te zien dat er voornamelijk hoge cijfers worden gegeven en weinig lage cijfers. De rapportcijfers 8, 9 en 10 worden het vaakst gegeven. De lage cijfers lijken onderling weinig te verschillen.

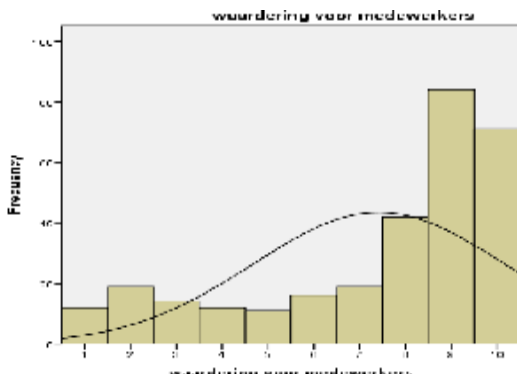
Figuur 2. Trend van De Waardering voor Afspraken



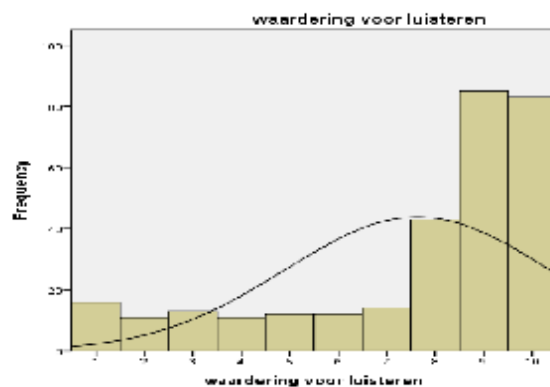
Figuur 3. Trend van De Waardering voor Accommodatie



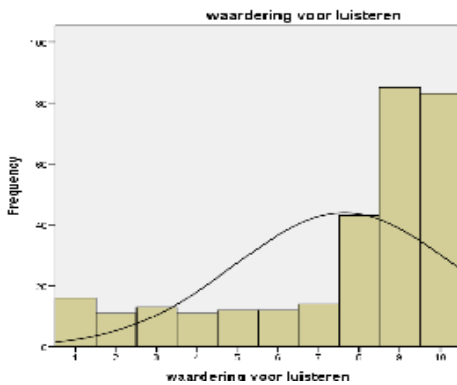
Figuur 4. Trend van De Waardering voor Medewerkers



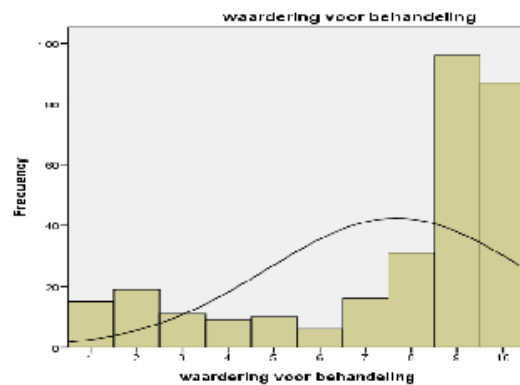
Figuur 5. Trend van De Waardering voor Luisteren



Figuur 6. Trend van De Waardering voor Informatie



Figuur 7. Trend van De Waardering voor Behandeling



In tabel 8 is het gemiddelde rapportcijfer, standaard deviatie, mediaan, minimum en maximum voor de verschillende deelaspecten weergegeven. Zo is er in de tabel te zien dat bij het totaal aantal kwantitatieve recensies de verschillende deelaspecten onderling gemiddeld weinig lijken te verschillen.

Tabel 8. *Gemiddeld Rapportcijfer, Standaard Deviatie (SD), Mediaan, Minimum en Maximum van De Verschillende Deelaspecten.*

Deelaspecten	Gemiddelde (SD)	Mediaan	Minimum	Maximum
Waardering voor afspraken	7,46 (2,555)	8	1	10
Waardering voor accommodatie	7,84 (1,995)	8	1	10
Waardering voor medewerkers	7,42 (2,751)	9	1	10
Waardering voor luisteren	7,63 (2,730)	9	1	10
Waardering voor informatie	7,44 (2,770)	9	1	10
Waardering voor behandeling	7,67 (2,821)	9	1	10

In tabel 9 is het gemiddelde rapportcijfer, standaard deviatie, mediaan, p-waarde, minimum en het maximum weergegeven voor de verschillende deelaspecten per beroep. Zo is er in de tabel te zien dat burgers, gezien het gemiddelde van de rapportcijfers voor de verschillende deelaspecten, tandartsen hoger beoordelen dan huisartsen. Het hoogst worden tandartsen beoordeeld op 'waardering voor accommodatie' en het laagst op 'waardering voor informatie'. Huisartsen worden ook het hoogst beoordeeld op 'waardering op accommodatie' maar het laagst op 'waardering voor medewerkers'. De lage p-waardes (kleiner dan 0,05) geven aan dat er een significant verschil bestaat bij de beoordeling tussen tandartsen en huisartsen op alle aspecten.

Tabel 9. *Gemiddeld Rapportcijfer, Standaard Deviatie (SD), Mediaan, P-waarde, Minimum en Maximum van De Verschillende Deelaspecten Per Beroep*

Deelaspecten	Beroep	Gemiddelde (SD)	Mediaan	p-waarde	Minimum	Maximum
Waardering voor afspraken	Huisarts	6,17 (2.683)	7	0.00	1	10
	Tandarts	8,73 (1.629)	9			
Waardering voor accommodatie	Huisarts	6,86 (2.053)	7	0.00	1	10
	Tandarts	8,81 (1.363)	9			
Waardering voor medewerkers	Huisarts	6,09 (2.779)	7	0.00	1	10
	Tandarts	8,73 (2.000)	9			
Waardering voor luisteren	Huisarts	6,61 (2.979)	8	0.00	1	10
	Tandarts	8,64 (2.008)	9			
Waardering voor informatie	Huisarts	6,33 (2.974)	7	0.00	1	10
	Tandarts	8,53 (2.036)	9			
Waardering voor behandeling	Huisarts	6,56 (3.041)	8	0.00	1	10
	Tandarts	8,77 (2.069)	9			
Gemiddelde	Huisarts	6,44 (2.414)	7	0.00	1	10
	Tandarts	8,70 (1.671)	9.2			

In tabel 10 is het gemiddelde rapportcijfer, standaard deviatie, mediaan, p-waarde, minimum en het maximum weergegeven voor de verschillende deelaspecten per locatie. Zo is in de tabel te zien dat het gemiddelde van de rapportcijfers voor de verschillende deelaspecten voor burgers uit Amsterdam en Enschede niet significant verschillen. Aan de p-waarde (groter dan 0,05) is te zien dat er geen sprake was van significantie.

Tabel 10. *Gemiddeld Rapportcijfer, Standaard Deviatie (SD), Mediaan, P-waarde, Minimum en Maximum van De Verschillende Deelaspecten Per Locatie*

Deelaspecten	Locatie	Gemiddelde (SD)	Mediaan	p-waarde	Minimum	Maximum
Waardering voor afspraken	Enschede	7,52 (2,511)	8	0.682	1	10
	Amsterdam	7,40 (2,608)	8			
Waardering voor accommodatie	Enschede	7,72 (2,018)	8	0.267	1	10
	Amsterdam	7,97 (1,969)	8			
Waardering voor medewerkers	Enschede	7,49 (2,704)	9	0.640	1	10
	Amsterdam	7,34 (2,806)	9			

Waardering voor luisteren	Enschede	7,43 (2,823)	9	0.186	1	10
	Amsterdam	7,84 (2,623)	9		1	10
Waardering voor informatie	Enschede	7,25 (2,885)	9	0.237	1	10
	Amsterdam	7,63 (2,643)	9		1	10
Waardering voor behandeling	Enschede	7,54 (2,893)	9	0.406	1	10
	Amsterdam	7,81 (2,749)	9		1	10
Gemiddelde	Enschede	7,49 (2,400)	8.6	0.530	2	10
	Amsterdam	7,67 (2,323)	8.6		1	10

7 Conclusie en Discussie

De resultaten van dit onderzoek hebben inzicht geboden in de website 'ZorgkaartNederland'. Door te letten op de aspecten die als meest positief en/of negatief beoordeeld werden, zijn we erachter gekomen waar de sterke en zwakke punten liggen in de gezondheidszorg. Hiermee kan men hopelijk in de toekomst de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland verbeteren om zo beter en efficiëntere zorg aan de burgers te kunnen aanbieden.

Deelvraag 1: Welke positieve/negatieve aspecten spelen bij burgers een rol bij hun beoordeling.

Uit onderzoek was naar voren gekomen dat bij de beoordeling van de verschillende uitspraken op positieve/negatieve aspecten uit het totaal aantal recensies de meeste uitspraken positief geformuleerd waren. Waarbij 'Arts als persoon' het vaakst werd genoemd. Wanneer er naar de percentages van de drie categorieën (positief/negatief/neutraal) apart werd gekeken, bleek voor de positieve uitspraken dat de aspecten: 'oordelen (evt. door anderen), communicatie en Arts als persoon' uit het grootste percentage uitspraken bestond. Bij de negatieve uitspraken was dit het aspect 'Extra informatie/ media voorziening'.

De eerste hypothese 'Positieve aspecten die een rol speelden bij de beoordeling van burgers: Arts als persoon en communicatie' was hierbij juist, maar niet volledig genoeg.

De tweede hypothese 'Negatieve aspecten die een rol spelen bij de beoordeling van burgers zijn: uitvoering behandeling en lange wachttijd/afpraak'. Uit onderzoek was dit onjuist gebleken en werd daarom verworpen.

Uit onderzoek van Bowers et al (1994) waren de aspecten: zorgzaamheid, empathie betrouwbaarheid en communicatie duidelijk naar voren gekomen. Dit bleken dus significante voorspellers te zijn van de patiënttevredenheid.

Deelvraag 2: Welke trend wordt er gevonden bij de beoordeling van de verschillende deelaspecten.

Uit de resultaten (figuur 6 t/m 11) was te zien dat bij de beoordeling van de verschillende deelaspecten de verdeling niet symmetrisch geconcentreerd was rond een centrale waarde (gemiddeld rapportcijfer). Er was hierbij dus geen sprake van een normale verdeling, maar een verdeling met veel hoge cijfers en weinig lage cijfers. Het gemiddelde van de verschillende deelaspecten lag rond de 7,6.

De hypothese 'Uit de beoordeling van de verschillende deelaspecten komt een normaalverdeling naar voren', is uit onderzoek onjuist gebleken en werd dus verworpen.

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ieder persoon een deelaspect op een andere

manier kan ervaren. Hierdoor kon er dus verschil bestaan in de mate waarin een waardering wordt uitgedrukt. Zo kon iemand voor een slechte behandeling een 4 of 5 geven en een iemand anders bijvoorbeeld een 1. Dit verschilde per persoon.

Deelvraag 3: *Welke verschillen worden er gevonden in de waarderingen tussen mensen in Amsterdam en Enschede.*

Uit de kwantitatieve resultaten was gebleken dat het gemiddelde van de rapportcijfers voor de verschillende deelaspecten voor burgers uit Amsterdam en Enschede niet significant verschilden. Uit de p-waarde (groter dan 0,05) was gebleken dat er geen sprake was van een significante uitkomst.

Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat wanneer burgers (globaal gezien) een waardering in cijfers moesten uitdrukken voor de verschillende deelaspecten die genoemd werden op de website, ze minder stilstonden bij de details en deze hierdoor minder zwaar gewogen werden en zo minder duidelijk bij de algemene beoordeling naar voren kwamen.

Wanneer we bij de kwalitatieve resultaten keken naar de verschillen tussen de locaties per identity. Dan zagen we dat er bij de identity's: 'deskundigheid, extra informatie/media voorziening en overige' grote onderlinge verschillen bestonden in de verhouding positief/negatief tussen de twee locaties.

Mogelijke verklaringen voor deze onderlinge verschillen zou kunnen zijn dat burgers uit Amsterdam bij het aspect 'deskundigheid' toch meer belang hechtten aan de mate van kennis, het bestaan van nieuwe ontwikkelingen en de specialisatie van de arts hierin. Amsterdam zou op dit gebied verder ontwikkeld kunnen zijn dan Enschede. Ook doordat er zich in Enschede minder praktijken bevonden en ze hierdoor meer toegewezen waren op de bestaande praktijken, zou het ontbreken van extra informatie/media voorziening voor hen een grotere rol hebben gespeeld. De hypothese 'Mensen uit Amsterdam waarderen de diensten die ze in de gezondheidszorg gebruiken hoger dan de mensen uit Enschede' dus verworpen.

Deelvraag 4: *In hoeverre worden tandartsen anders beoordeeld dan huisartsen.*

Aan de significante verschillen bij het gemiddelde van de rapportcijfers voor de verschillende deelaspecten was te zien dat tandartsen over het algemeen hoger werden beoordeeld dan huisartsen. Verder was aan de lage p-waardes (kleiner dan 0,05) duidelijk te zien dat er een significant verschil bestond bij de beoordeling tussen tandartsen en huisartsen.

Wanneer we keken naar de verschillen tussen de beroepen per identity. Dan zagen we dat er bij de

identity's: 'deskundigheid, overig personeel, estheticiteit praktijk, extra service, wachttijd/afspraak en overige' grote onderlinge verschillen bestonden in de verhouding positief/negatief tussen de twee beroepen.

Mogelijke verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn dat wanneer je kijkt naar het beroep van tandarts, is de arts gespecialiseerd in een bepaald vakgebied. Wanneer je bij de tandarts komt met een lichamelijke klacht bijvoorbeeld kiespijn, dan kan de tandarts aan de hand van onderzoek vaak meteen vast stellen wat er aan de hand is en spoedig het probleem in behandeling nemen. Een huisarts aan de andere kant is gespecialiseerd in zowel lichamelijke als psychische klachten. Wanneer iemand bij de huisarts komt met hoofdpijn, dan zal in eerste instantie niet meteen duidelijk zijn wat de oorzaak zal zijn. Zo houdt een huisarts spreekuren waarbij hij de klachten van patiënten aanhoort en vervolgens onderzoekt. Hierna stelt de huisarts een diagnose en adviseert hij een bepaalde behandeling en/of eventuele doorverwijzen naar specialisten of het ziekenhuis en schrijft hij recepten uit voor de apotheek. Doordat er een groot verschil bestond in aanpak en uitvoering van behandeling tussen tandartsen en huisartsen zouden tandartsen omdat ze misschien praktischer en directer betrokken zijn bij het probleem als deskundiger worden beschouwd dan huisartsen. De Identity's: overig personeel, estheticiteit praktijk, extra service zouden bij tandartsen dan ook positiever kunnen worden gewaardeerd. Een langere wachttijd/afspraak bij de huisarts zou in geval van een ernstige of onduidelijke klacht tot verhoogde angst of twijfelen leiden waardoor het uiteindelijk ook als negatiever zou kunnen worden ervaren en beoordeeld.

De hypothese 'Er is geen verschil tussen de beoordelingen van tandartsen en huisartsen', is uit onderzoek onjuist gebleken en werd dus verworpen.

Je kunt je nu dus de vraag stellen wat betekenen deze resultaten: veel positieve waarderingen en hoge cijfers. Dat veel positieve mensen hoge cijfers geven? Beoordelen alleen zeer positieve mensen op de ZorgkaartNederland? Wat zegt dit over mensen met slechte of negatieve ervaringen!

Zwakke en sterke punten van het onderzoek

Mogelijke zwakke punten met betrekking tot de website ZorgkaartNederland betreft de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid over de ervaringen van patiënten. Er bestaat namelijk het risico voor onbetrouwbare of verkeerde informatie, sabotage en manipulatie (Mostaghimi E.a. 2010; Brayer, 2010; Mills, 2009; Masnick, 2010). Patiënten kunnen bijvoorbeeld hoge mate van

tevredenheid beschrijven en tegelijk ook ervaringen beschrijven die sub-optimaal zijn. De mate waarin burgers hun ervaring uitdrukten in een waardering kon hierbij ook verschillend zijn. Zo kon een bepaald aspect redelijk negatief ervaren worden, maar minder zwaar beoordeeld worden. Ook kan het selecteren van indicatoren er onbedoeld toe leiden dat zorgverleners eenzijdig hun aandacht gaan richten op deze aspecten, terwijl andere aspecten onvoldoende aandacht krijgen. (Lugtenberg & Westert, 2007).

Verder had je ook geen directe controle of zicht op wie daadwerkelijk de recensies op de website 'ZorgkaartNederland' plaatsen. Ook het feit dat niet iedereen (bijvoorbeeld ouderen en minder welvarende burgers) over een computer met internet beschikken en/of niet weten hoe dit systeem werkt, worden uitgesloten om hun waardering uit te spreken over de gezondheidszorg. Dit zorgt er ook voor dat je niet een representatieve steekproef hebt voor het onderzoek met betrekking tot algemene Nederlandse bevolkingsgroep. Tot slot kan de beschikbaarheid van dergelijke informatie ook gevolgen hebben voor de arts-patiënt relatie (Mostaghimi E.a. 2010).

Een punt met betrekking tot de methode was dat in het begin voor het ontwerpen van het codeerschema, het nog zeer lastig was om de juiste categorieën te kiezen. Hierbij was het lastig te bepalen wat er nou allemaal precies wel of niet onder een bepaalde categorie viel. Dit kostte veel tijd en vereiste veel aandacht. Ook het verwerken van de recensies in een excel-file kostte veel tijd, omdat dit voor elke uitspraak apart gedaan moest worden.

Een aantal sterke punten met betrekking tot de website was dat de data reeds aanwezig was op de website ZorgkaartNederland en vrij toegankelijk was. Ook waren zowel de kwalitatieve recensies als de kwantitatieve recensies van tandartsen en huisartsen uit Enschede en Amsterdam eenvoudig te downloaden. Hier hoefden geen rechten aan ontleed te worden. Ook was de website eenvoudig te gebruiken en bood het een duidelijk overzicht van de betreffende zorgverleners en zorgorganisaties.

8 Referentielijst

- Baker, R., (1993). Use of psychometrics to develop a measure of patient satisfaction for general practice. *Measurement of patients' satisfaction with their care. London: Royal College of Physicians of London*, 57–76.
- Bevan, G., Hood, C., (2006). Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ: British medical journal*, 313: 419.
- Bowers, R.M., Swan, E.J., Koehler, F.W., (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health care management review*, 49-55.
- Brayer, T., (2010). Doctor Sues Online Review Sites for Bad Ratings
<http://www.opposingviews.com/i/doctor-sues-online-review-sites-for-bad-ratings>.
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., et al. (2010). Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff (Millwood)*, 29(5):921-5.
- Corrigan, J.M., Burstin, H., (2007). Measuring quality of performance: Where is it headed, and who is making the decisions? *J Fam Pract* , 56(10 SupplA):4A-7A.
- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., et al. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff*; 254–67.
- Davies, H.T., Marshall, M.N., (1999). Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet* 353: 1639-40.
- Elwyn, G., Buetow, S., Hibbard, J., et al. (2007) Measuring quality through performance. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ*, (335):1021- 2.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39339.490301.AD>.
- Fox, S., Purcell, K. (2010). Chronic disease and the Internet.
[webcitehttp://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2010/PIP_Chronic_Disease.pdf](http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2010/PIP_Chronic_Disease.pdf).
- Groenewoud, A.S., Kreuger, L., Huijsman, R., (2006). *Keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuzeondersteuning in de gezondheidszorg. Een verkennende internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG), Erasmus MC.
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M., (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 22: 84-94
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M., (2005b). Hospital performance reports: impact on quality,

- market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)* 24: 1150-60
- Hussey, P.S., Anderson, G.F., Osborn, R., et al, (2004). How does the quality of care compare in five countries? *Health Aff*, 23(3):89-99.
- Jenkinson, C., (1998). Measuring health status: a brief but critical introduction. Oxford: *Radcliffe Medical Press*.
- Kadry, B., Chu, F. L., Kadry, B., Gammas, D., Macario, A. (2011). Analysis of 4999 Online Physician Ratings Indicates That Most Patients Give Physicians a Favorable Rating. *Journal of medical Internet Research*, 13 (4). doi: [10.2196/jmir.1960](https://doi.org/10.2196/jmir.1960).
- Keckley, PH. (2011). Deloitte Center for Health Solutions. Survey of Health Care Consumers in the United States: *Key Findings, Strategic Implications*
http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/US_CHS_2011ConsumerSurveyinUS_062111.pdf.
- Lagu, T., Hannon, N.S., Rothberg, M.B., et al,(2010). Patients' Evaluations of Health Care Providers in the Era of Social Networking: An Analysis of PhysicianRating Websites. *J Gen Intern Med*, 25(9):942-6.
- Little, R., (2002). Publishing: A doctor's guide to Dr Foster. *BMJ*, 324: 552.
- Lugtenberg, M.,Westert, G.P., (2007). *Kwaliteit van zorg en keuze-informatie voor burgers. Een internationale verkenning van initiatieven*. Tranzo, Universiteit van Tilburg.
- Magee, H., Davis, L.J., Coulter, A., (2003). Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med*, 96: 338-42.
- McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J., et al,(2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*, 348(26):2635-45.
- Mills, E., (2009). CNET News. Lawsuite Over Yelp Review Settled http://news.cnet.com/8301-1023_3-10139278-93.html.
- Mostaghimi, A., Crotty, B.H., Landon, B.E., (2010). The availability and nature of physician information on the internet. *J Gen Intern Med*. 25(11):1152–6.doi:10.1007/s11606-010-1425-7
- Qaseem, A., Snow, V., Gosfield, A., et al, (2010). Pay for performance through the lens of medical professionalism. *Ann Intern Med*, 152(6):366-9.
- Reimann, S., Strech D. (2010). The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites. *BMC Health Serv Res*. doi: 10.1186/1472-6963-10-332. <http://www.biomedcentral.com/1472->

6963/10/332.1472-6963-10-332.

RVZ. (2003). *De wensen van zorgcliënten in Europa* (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg).

Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Thorndike, E. L., (1920) "[A Constant Error in Psychological Ratings](#)". *Journal of Applied Psychology* (pp. 25-29).

Van Linschoten, C., Moorer, P., Voorrips, R., (2004). *Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

ZorgkaartNederland, (2013). Bohn Stafleu van Loghum (BSL) en Patiëntenfederatie NPCF.

<http://www.zorgkaartnederland.nl/>