



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Het effect van steekproeftrekking en afzender op respons en ervaringen

C.G. Donselaar
L. Koopman
M. Hendriks
J. Rademakers

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-071-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Algemene samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Focus van het onderzoek	9
1.3 Steekproef trekken uit administratie zorgverzekeraar of ziekenhuis	10
1.4 Vragenlijst versturen in naam van zorgverzekeraar of ziekenhuis	10
1.5 Doelstelling en vraagstellingen	11
1.6 Opbouw van het rapport	12
2 Methode	13
2.1 Respondenten	13
2.2 Procedure	14
2.3 Materialen	14
3 Resultaten	17
3.1 Respons patiënten totaal	17
3.1.1 Uitval per schoningsstap	18
3.1.2 Respons analyse	18
3.1.3 Achtergrondkenmerken van respondenten	18
3.1.4 Respons wanneer steekproef getrokken wordt uit verzekerden- of ziekenhuisadministratie	19
3.1.5 Respons wanneer patiënten aangeschreven worden door verzekeraar of ziekenhuis	21
3.1.6 Responsverloop	21
3.2 Verschil in resultaten wanneer steekproef getrokken wordt uit verzekerden- of ziekenhuisadministratie	22
3.2.1 Schalen	22
3.2.2 Algemene oordelen en aanbeveling	23
3.3 Verschil in resultaten wanneer patiënten aangeschreven worden door verzekeraar of ziekenhuis	24
3.3.1 Schalen	24
3.3.2 Algemene oordelen en aanbeveling	24
3.4 Duur tussen opname en bevraging	25
4 Discussie en conclusies	27
4.1 Doel en methode van het onderzoek	27
4.2 Verschil in steekproeftrekking	27

4.3	Verschil in afzender	28
4.3.1	Beperkingen	28
4.4	Conclusie en aanbevelingen	29
	Literatuur	31

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de ervaringen van patiënten van de Ziekenhuis Groep Twente. Dit onderzoek is in 2009 door het Centrum Klantervaring Zorg uitgevoerd in samenwerking met NIVEL, Menzis, Stichting Miletus, Ziekenhuisgroep Twente en Mailstreet.

Al geruime tijd worden patiëntenervaringen gemeten met de Consumer Quality Index (CQI). De informatie over de kwaliteit van de zorg die hieruit voortvloeit is voor verschillende partijen van belang. Zo kan de overheid de informatie gebruiken om de patiëntgerichtheid van het gezondheidszorgsysteem te monitoren, kunnen zorgverleners de informatie gebruiken om te bepalen waar hun dienstverlening verbeterd kan worden, kunnen zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid er op aanpassen en kan de consument de informatie gebruiken om tot een keuze voor zorgaanbieder en verzekeraar te komen.

Om zinvolle conclusies te kunnen trekken uit CQI onderzoek is het belangrijk dat de groep ondervraagde mensen een goede afspiegeling vormt van de doelgroep of patiëntengroep. Dat wordt bereikt door aselekt mensen te kiezen en hen te vragen de vragenlijst in te vullen. Echter, het aantal mensen dat vervolgens de vragenlijst invult en terugstuurt is in een aantal gevallen vrij laag. Daardoor kan een vertekening optreden in de representativiteit. Om dit te ondervangen zou het goed zijn om een hogere respons te genereren. Dit onderzoek probeert een antwoord te vinden op hoe een hogere respons te behalen is door te variëren met de steekproeftrekking en aanschrijfwijze. De resultaten uit dit onderzoek hebben geleid tot aanbevelingen met betrekking tot de dataverzameling bij CQI onderzoek.

CKZ / NIVEL
Utrecht, november 2010

Algemene samenvatting

Dit rapport beschrijft een onderzoek naar de hoogte van respons en de resultaten op de CQ-index Ziekenhuisopname. Deze vragenlijst meet de kwaliteit van de ziekenhuiszorg vanuit het perspectief van de patiënt. In een aantal gevallen lopen onderzoekers tegen lage responspercentages aan. Dit brengt het risico met zich mee dat de mensen die reageren geen goede afspiegeling vormen van de doelgroep. Dat heeft tot gevolg dat de resultaten niet zondermeer gegeneraliseerd kunnen worden naar de hele doelgroep. Dit generaliseren is wel een doelstelling van het onderzoek en maakt het zoeken naar mogelijkheden om de respons te verhogen noodzakelijk.

De vraagstellingen van dit onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- 1a 'In welk mate is er verschil in de nettorespons wanneer de steekproef wordt getrokken uit de verzekerdenadministratie of de ziekenhuisadministratie?'*
- 1b 'In welk mate is er verschil in de nettorespons wanneer de afzender van de vragenlijst de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder is?'*
- 2a 'In welk mate is er verschil in resultaten wanneer de steekproef wordt getrokken uit de verzekerdenadministratie of de ziekenhuisadministratie?'*
- 2b 'In welk mate is er verschil in resultaten wanneer de afzender van de vragenlijst de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder is?'*
- 3 'Is de duur tussen ziekenhuisopname en bevraging korter wanneer de gegevens van patiënten getrokken worden uit de administratie van het ziekenhuis dan wanneer ze getrokken worden uit de administratie van de zorgverzekeraar?'*

In dit onderzoek zijn op twee momenten mensen die minimaal één nacht opgenomen zijn geweest op één van de locaties van de Ziekenhuis Groep Twente benaderd met de vraag of ze de CQ-index Ziekenhuisopname wilden invullen. De eerste keer (mei 2009) werd de steekproef getrokken uit de administratie van de zorgverzekeraar. Alle mensen werden uit naam van de zorgverzekeraar aangeschreven. De tweede keer (september 2009) werd de steekproef getrokken uit de administratie van het ziekenhuis. Van deze groep mensen werd de ene helft aangeschreven vanuit het ziekenhuis en de andere helft vanuit de zorgverzekeraar (Menzis).

De CQ-index Ziekenhuisopname vraagt patiënten naar hun ervaringen tijdens de opname. De vragen zijn onderverdeeld in 13 kwaliteitsschalen (Bereikbaarheid van het ziekenhuis, Opnamegesprek, Ontvangst op de afdeling, Communicatie met verpleegkundigen, Communicatie met artsen, Tegenstrijdige informatie door zorgverleners, Kamer en verblijf, Eigen inbreng, Uitleg bij behandeling, Pijnbeleid, Communicatie rond medicatie, Gevoel van veiligheid en Informatie bij ontslag). Tevens worden de patiënten naar hun algemene oordeel over de ontvangst op de afdeling, verpleegkundigen, artsen en ziekenhuis gevraagd.

Uit de resultaten kwam naar voren dat wanneer de steekproef getrokken werd uit de administratie van het ziekenhuis, het aantal mensen dat de vragenlijst terugstuurt hoger lag dan wanneer de steekproef uit de administratie van de zorgverzekeraar getrokken werd, echter niet significant. Het uiteindelijke percentage vragenlijsten dat bruikbaar was voor de analyses, de netto respons, was ook hoger bij de steekproeftrekking uit de ziekenhuisadministratie, maar ook dit verschil was niet statistisch significant. Er bleek geen statistisch significant verschil te zijn tussen de beide groepen patiënten als het gaat om de scores op de kwaliteitsschalen.

Het variëren van afzender leek geen effect te hebben op de hoogte van de respons. Ook op de kwaliteitsschalen waren er geen verschillen zichtbaar tussen de beide groepen patiënten.

Een laatste resultaat betreft het verschil in de duur tussen opname en bevraging. Gebleken is dat de mensen waarvan de gegevens uit de administratie van het ziekenhuis getrokken waren aangaven dat de tijd tussen opname en bevraging significant korter was dan die van de mensen van wie de gegevens uit de administratie van de zorgverzekeraar getrokken waren. Een verklaring hiervoor kan gezocht worden in het DBC registratiesysteem. Een DBC is een code waarmee het geheel van een geleverd zorgproduct wordt omschreven. Na afloop van de behandeling kunnen zorgverleners met behulp van deze codes hun declaraties indienen bij zorgverzekeraars. Een ziekenhuisopname is dan ook eerder bekend in de administratie van het ziekenhuis dan in de administratie van de zorgverzekeraar.

De verschillen die gevonden zijn, zijn relatief klein en op de duur tussen opname en bevraging na, statistisch niet significant. Niettemin lijkt het zo te zijn dat een kortere duur tussen opname en bevraging een positief effect heeft op de respons en nader onderzoek is nodig om te bepalen of dit effect standhoudt onder andere groepen respondenten en over andere CQ-indexen en overige vragenlijsten.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. De invoering van deze wet past in het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om een verschuiving teweeg te brengen van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg (Ministerie van VWS, 2000). Vraaggestuurde zorg is gedefinieerd als ‘zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt. Zorg die ook flexibel is en zodoende kan inspelen op veranderende behoefte van patiënten’ (Dooper, 2005). Vraaggestuurde zorg is een onderdeel van marktwerking en een belangrijke randvoorwaarde om de marktwerking binnen de zorgverzekeringsmarkt te laten slagen is transparantie over de prestaties van zorgverleners en zorgaanbieders. Voor dit doel zijn er reeds verschillende Consumer Quality Indexen (CQI) ontwikkeld, elk met hun eigen aandachtsgebied. Deze vragenlijsten meten de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. De informatie die hieruit naar voren komt kan onder andere gebruikt worden door zorgverzekeraars voor hun zorginkoop, zorginstellingen voor het monitoren van hun kwaliteit en patiënten voor keuze informatie.

1.2 Focus van het onderzoek

CQ-indexen worden al een aantal jaren gebruikt en leveren veel informatie op over klantervaringen in de zorg. Om zinvolle conclusies te kunnen trekken uit CQI onderzoek is het belangrijk dat de groep ondervraagde mensen een goede afspiegeling vormt van de doelgroep (of patiëntengroep). Dat wordt bewerkstelligd door aselect mensen te kiezen en hen te vragen de vragenlijst in te vullen. Het komt echter voor, dat de respons op een vragenlijst vrij laag is. Uit een onderzoek van Zuidgeest et al. naar responspercentages op CQI vragenlijsten bleek dat het gemiddelde responspercentage momenteel op ongeveer 55% ligt, variërend tussen 20% en 79% (Zuidgeest et al., 2008). Een lage respons kan een probleem betekenen als het gaat om de representativiteit en generaliseerbaarheid van de gegevens en resultaten. De groep mensen die wel meedoen kunnen op bepaalde kenmerken verschillen van de groep mensen die niet meedoen. Tevens kan het zijn dat wanneer er weinig respondenten meedoen, dit aantal soms ontoereikend is om bepaalde analyses uit te voeren. Zo worden doelen en belangen zoals inzicht in de patiëntenervaringen en vergelijkingsinformatie niet gehaald. De vraag is dan ook: Wat kunnen we doen om de respons te verhogen? Er zijn reeds onderzoeken uitgevoerd die meer inzicht hebben verschaft in hoe respons op vragenlijsten te stimuleren is. Het huidige onderzoek heeft als doel bij te dragen aan meer inzicht in de responsbereidheid. Voor dit onderzoek is de CQ-index Ziekenhuisopname gebruikt. Deze vragenlijst vraagt

patiënten naar hun ervaringen rondom hun ziekenhuisopname (Sixma et al., 2009). In het ontwikkeltraject bedroeg het netto responspercentage 55%.

1.3 Steekproef trekken uit administratie zorgverzekeraar of ziekenhuis

Om de respons op een vragenlijst te verhogen hebben Bredart et al. (2002) en Saal et al. (2005) (in: Edwards et al., 2009) onderzoek gedaan naar het effect van de tijdsduur tussen opname en bevraging. In deze onderzoeken kregen patiënten een vragenlijst 1 tot 5 weken na de opname verstuurd of 9 tot 14 weken na opname. De resultaten lieten zien dat 66% tot 87% van de patiënten die 1 tot 5 weken na opname de vragenlijst toegestuurd kregen, hem retourneerde tegenover 59% tot 60% van de patiënten die 9 tot 14 weken na de opname de vragenlijst toegestuurd kregen. Het lijkt er op dat hoe sneller de patiënt na de opname gevraagd wordt een vragenlijst in te vullen, hoe hoger de responsbereidheid is.

Bij CQI onderzoek is het mogelijk de tijd tussen opname en bevraging te verkorten door de steekproef niet uit de administratie van de zorgverzekeraar te trekken, wat gebruikelijk is, maar om deze te trekken uit de administratie van het ziekenhuis. Een opname wordt in de administratie van zorgverzekeraars geregistreerd met behulp van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC is een code waarmee het geheel van een geleverd zorgproduct wordt omschreven. Zorgverleners declareren met behulp van DBC's hun rekeningen bij de zorgverzekeraars. Een geheel behandeltraject kan bestaan uit meerdere delen, bijvoorbeeld polikliniekbezoeken, een opname en nacontroles op de polikliniek. Pas wanneer de behandeling klaar is (of in het geval van een chronische aandoening een kalenderjaar voorbij is), wordt de DBC afgesloten, en kan de zorgverlener de DBC declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar registreert pas op dat moment in de administratie dat een verzekerde bijvoorbeeld is opgenomen geweest, daar kan dus geruime tijd overheen gaan. In de administratie van een ziekenhuis echter, is al eerder bekend dat een patiënt een opname heeft ondergaan. Hierdoor zitten er in de steekproef die je zou trekken uit de administratie van een ziekenhuis er relatief meer mensen van wie de opname nog maar heel kort geleden is dan in de steekproef uit de administratie van een zorgverzekeraar.

Een mogelijk ander bijkomend voordeel van het verkorten van de duur tussen opname en bevraging is dat de opname bij patiënten wat verser in het geheugen ligt. Hierdoor zijn de antwoorden wellicht wat betrouwbaarder.

1.4 Vragenlijst versturen in naam van zorgverzekeraar of ziekenhuis

Een andere manier om een hogere respons te bewerkstelligen is het variëren van de afzender van de vragenlijst. Uit onderzoek van onder andere Labreque (1987, in Edwards et al., 2009) en Rucker et al. (1984, in Edwards et al., 2009) kwam naar voren dat hoe beter men de afzender kent, hoe meer men bereid was mee te werken aan een vragenlijst. Er zijn ook onderzoeken die hebben uitgewezen dat een groter gevoel van verbondenheid gepaard gaat met een hogere mate van motivatie qua medewerking (Meyer et al., 2004; O'Reilly en Chatman, 1986). Patiënten die geselecteerd worden om mee te werken aan de

CQ-index Ziekenhuisopname worden doorgaans vanuit de zorgverzekeraar aangeschreven. Het zou interessant zijn om te kijken of mensen meer geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen wanneer de afzender de zorgverlener is. Het is niet ondenkbaar dat mensen zich in sterkere mate verbonden voelen met de zorginstelling waar ze behandeld zijn dan met hun zorgverzekeraar. Ze hebben er immers tijd doorgebracht, met de hulpverleners in contact gestaan en zijn zodoende meer bekend met de medewerkers van het ziekenhuis dan de medewerkers van de zorgverzekeraar.

Het is mogelijk dat respondenten de neiging hebben sociaal wenselijk te antwoorden. Dit houdt in dat respondenten de neiging hebben een antwoord te geven waarvan zij denken dat dit van hen verwacht wordt en waardoor ze positief overkomen bij anderen (Ross en Mirowsky, 1984). Dit zou ertoe kunnen leiden dat mensen die door het ziekenhuis uitgenodigd worden om hun mening te geven over het ziekenhuis om deze reden (het ziekenhuis vraagt de patiënt om zijn of haar mening over het ziekenhuis) positiever antwoorden en oordelen dan de mensen die door de verzekeraar worden uitgenodigd om hun mening te geven over het ziekenhuis.

1.5 Doelstelling en vraagstellingen

Om inzicht te krijgen in responsverhogende methoden, heeft het NIVEL in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg, Mailstreet, Menzis, Stichting Miletus en Ziekenhuisgroep Twente een onderzoek uitgevoerd onder mensen die opgenomen zijn geweest in de Ziekenhuis Groep Twente. Naar deze mensen is de CQ-index Ziekenhuisopname verstuurd. Deze vragenlijst meet de ervaringen van patiënten die minimaal één nacht zijn opgenomen geweest in een ziekenhuis. Zo wordt de patiënt bijvoorbeeld gevraagd naar hoe de communicatie met verpleegkundigen en artsen was, hoe de kwaliteit van de kamer was en of ze geïnformeerd zijn over belangrijke zaken rondom het ontslag.

Het gaat er in dit onderzoek om, om te kijken welke manier van steekproeftrekken en aanschrijven de hoogste respons en meest representatieve respondentengroep geeft en of de antwoorden verschillen. Als blijkt dat er een verschil in responspercentage bestaat tussen de groepen, kan dat leiden tot aanbevelingen met betrekking tot de steekproeftrekking en afzender. Eventuele verschillen in antwoorden en scores op kwaliteitsaspecten zijn mogelijk, maar dit zou niet wenselijk zijn. Wanneer zorginstellingen onderling vergeleken worden, zouden verschillen in antwoorden en scores tussen de instellingen in principe verschillen in prestaties van de zorginstellingen moeten betekenen, en niet het gevolg moeten zijn van een verschil in steekproeftrekking of afzender.

In dit onderzoek zal gekeken worden naar verschillen in respons en resultaten op de CQ-index Ziekenhuisopname wanneer de steekproef getrokken wordt uit de verzekerden-administratie of de ziekenhuisadministratie. Ook zal er gekeken worden naar verschillen in respons en resultaten wanneer de patiënten worden aangeschreven door de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder.

Er zijn voor dit onderzoek vijf vraagstellingen geformuleerd:

- 1a 'Is er verschil in de nettorespons wanneer de steekproef wordt getrokken uit de verzekerdenadministratie of de ziekenhuisadministratie?'*
- 1b 'Is er verschil in de nettorespons wanneer de afzender van de vragenlijst de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder is?'*
- 2a 'Is er verschil in resultaten wanneer de steekproef wordt getrokken uit de verzekerdenadministratie of de ziekenhuisadministratie?'*
- 2b 'Is er verschil in resultaten wanneer de afzender van de vragenlijst de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder is?'*
- 3 'Is de duur tussen opname en bevraging korter wanneer de gegevens van patiënten betrokken worden uit de administratie van het ziekenhuis dan wanneer ze betrokken worden uit de administratie van de zorgverzekeraar?'*

1.6 Opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk (2, Methode) zal uiteengezet worden hoe het onderzoek uitgevoerd is en welke middelen hiervoor gebruikt zijn. In hoofdstuk 3 (Resultaten) zullen de antwoorden op de onderzoeksvragen en resultaten van de analyses worden beschreven en in het laatste hoofdstuk (4, Discussie en conclusie) zullen de uitkomsten geïnterpreteerd worden en worden aanbevelingen gedaan voor komende onderzoeken.

2 Methode

2.1 Respondenten

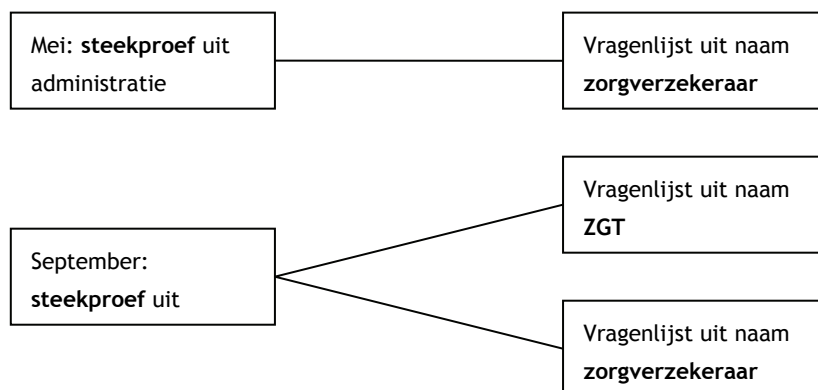
In mei 2009 heeft er een landelijke meting plaatsgevonden met de CQ-index Ziekenhuisopname. Bij deze meting werd de steekproeftrekking uitgevoerd door de zorgverzekeraars. De steekproeftrekking vond volgens CQI-richtlijnen plaats (Sixma et al., 2008). 625 patiënten van de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) zijn door de zorgverzekeraars, waaronder Menzis, aangeschreven. In september 2009 heeft er een meting plaatsgevonden waarbij de steekproef van 225 patiënten getrokken werd uit de administratie van de ZGT. De helft van de mensen uit de steekproef werd vervolgens aangeschreven door de ZGT (113, brieven ondertekend op centraal niveau, niet door de behandelend arts) en de helft door zorgverzekeraar Menzis (112). De algemene inclusiecriteria hierbij waren:

- patiënten ouder dan 18;
- klinisch behandeld, dat wil zeggen minstens 24 uur opgenomen geweest in het ziekenhuis (minstens 1 ligdag, dus geen poliklinische of dagbehandeling). Het betreft de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)/prestatiecode eindigend op '3' (tenzij er codes betrekking hebben op poliklinische behandeling);
- de afgelopen 12 maanden geen CQ-index gekregen.

Voor de steekproeftrekking van de landelijke meting gold bovendien dat de DBC afgesloten moest zijn in het vierde kwartaal van 2008 en de openingsdatum na 1 april 2008 moest liggen.

Voor de steekproeftrekking van september gold tevens dat de patiënten bij Menzis verzekerd moesten zijn en dat de ontslagdatum in mei of juni 2009 lag.

Figuur 2.1 Schematische weergave van de steekproeftrekking en verzending



Voor de onderzoeksvragen waarbij het verschil tussen de manier van steekproeftrekken centraal stond (vraag 1a, 2a en 3), werden de respondenten uit de steekproef van mei en de respondenten uit de steekproef van september die aangeschreven waren door de zorgverzekeraar met elkaar vergeleken. Voor de onderzoeksvragen waarbij het verschil in afzender bekeken werd (vraag 1b en 2b), werden de respondenten uit de steekproef van september die waren aangeschreven uit naam van de zorgverzekeraar, vergeleken met de respondenten uit de steekproef van september die aangeschreven waren uit naam van het ziekenhuis.

2.2 Procedure

De dataverzameling heeft volgens de CQI-richtlijnen plaatsgevonden (Sixma et al., 2008). De CQI Ziekenhuisopname is in alle groepen schriftelijk afgenomen. De Dillman methode is gevolgd bij de verzending (Dillman, 2000). Deze procedure bestaat uit de volgende zendingen:

- Week 0: C4 envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan alle respondenten
- Week 1: A6 bedankkaart aan alle respondenten
- Week 4: C4 envelop gevuld met begeleidend schrijven, vragenlijst en retourenvelop aan non-respondenten
- Week 6: A6 bedankkaart of C5 envelop gevuld met brief aan non-respondenten.

2.3 Materialen

De vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt is, is de CQ-index Ziekenhuisopname (Sixma et al., 2009). Deze vragenlijst bevat 106 vragen rond aspecten van een ziekenhuisopname en persoonlijke kenmerken. De vragenlijst bevat 13 kwaliteitsschalen:

- bereikbaarheid van het ziekenhuis (3 vragen, $\alpha = 0,53$);
- opnamegesprek (12 vragen, $\alpha = 0,72$);
- ontvangst op de afdeling (4 vragen, $\alpha = 0,47$);
- communicatie met verpleegkundigen (4 vragen, $\alpha = 0,81$);
- communicatie met artsen (4 vragen, $\alpha = 0,86$);
- tegenstrijdige informatie door zorgverleners (3 vragen, $\alpha = 0,73$);
- kamer en verblijf (5 vragen, $\alpha = 0,68$);
- eigen inbreng (7 vragen, $\alpha = 0,75$);
- uitleg bij behandeling (3 vragen, $\alpha = 0,81$);
- pijnbeleid (3 vragen, $\alpha = 0,83$);
- communicatie rond medicatie (2 vragen, $\alpha = 0,75$);
- gevoel van veiligheid (5 vragen, $\alpha = 0,77$);
- informatie bij ontslag (8 vragen, $\alpha = 0,78$).

De vragenlijst bevat daarnaast vragen naar algemene oordelen in de vorm van een rapportcijfer van 0 tot en met 10 over de ontvangst op de afdeling, de verpleegkundigen,

de artsen en het ziekenhuis. Tevens wordt gevraagd of de patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen aan familie en vrienden. De vragenlijst sluit af met vragen over enkele persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht en de ervaren lichamelijke gezondheid en twee vragen over eventuele ontvangen hulp bij het invullen van de vragenlijst. De gebruikte vragenlijst is als bijlage aan dit rapport toegevoegd. Zie voor meer informatie over de ontwikkeling en totstandkoming van de CQ-index Ziekenhuisopname het rapport CQ-Index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling: kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten (Sixma et al., 2009).

Allereerst is een non-respons analyse uitgevoerd. Hiertoe is de gemiddelde leeftijd en het geslacht van de respondenten en non-respondenten met elkaar vergeleken met respectievelijk t-toetsen en chi-kwadraat toetsen.

Per persoon is de gemiddelde score van de vragen berekend per schaal, maar alleen indien de persoon minimaal de helft van de bijbehorende vragen heeft ingevuld. Met variantie analyses (ANOVA) en chi-kwadraat toetsen is getest of de gemiddelden of proporties tussen de groepen verschilden. Naast de netto respons, is ook gekeken naar het responsverloop. Voor elk van de drie groepen is bepaald hoeveel vragenlijsten er per week geretourneerd werden. Vervolgens is een wilcoxon toets uitgevoerd om te bepalen of het retourverloop van de vragenlijsten verschildte tussen de drie groepen.

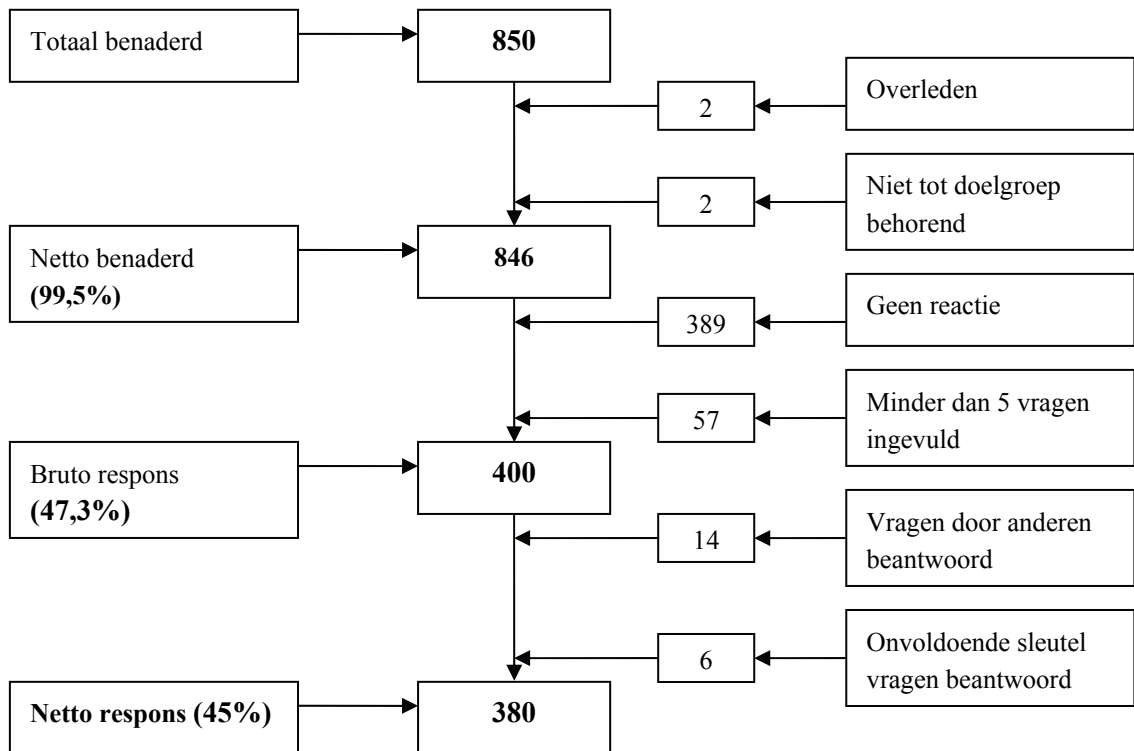
Er is voor gekozen om bij het vergelijken van de schaalscores te corrigeren voor de leeftijd van de respondenten, omdat uit eerder onderzoek (Zuidgeest et al., 2008) is gebleken dat hoe ouder iemand is, hoe positiever hij of zij oordeelt. Door de correctie voor leeftijd, wordt ervoor gezorgd dat in de analyses van de schaalscores de leeftijd voor alle groepen gelijk wordt getrokken. Ditzelfde geldt voor opleiding en ervaren gezondheid. Het handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2008) raadt aan te corrigeren voor deze kenmerken. Bij de analyses zullen we veel vergelijkingen maken, dus om de kans dat de nulhypothese onjuist verworpen wordt te verkleinen (multiple testing probleem), is er gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,01$ in plaats van het wat gangbaardere niveau van $p < 0,05$.

3 Resultaten

3.1 Respons patiënten totaal

Voor het berekenen van de respons hebben we gebruik gemaakt van de CQI richtlijnen zoals beschreven in het handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008). Deze richtlijnen beschrijven welke respondenten uitgesloten moeten worden van de analyses. Hieronder worden de richtlijnen besproken en per richtlijn aangegeven hoeveel respondenten er in dit onderzoek uitvallen. Tevens toont figuur 3.1 schematisch aan hoeveel respondenten er bij elke stap uitvallen. De responspercentages tussen de haakjes zijn als volgt berekend: Netto benaderd: $100 \times (\text{netto benaderd} / \text{totaal benaderd})$, bruto responspercentage: $100 \times (\text{bruto respons} / \text{netto benaderd})$, netto responspercentage: $100 \times (\text{netto respons} / \text{netto benaderd})$.

Figuur 3.1 Respons van de totale steekproef



3.1.1 *Uitval per schoningsstap*

De vragenlijst is verstuurd naar 850 mensen. Van deze 850 mensen waren er twee overleden en behoorden er 2 niet tot de doelgroep. Deze twee mensen gaven aan niet in de afgelopen 12 maanden opgenomen te zijn geweest in het ziekenhuis. In totaal waren 4 mensen onterecht aangeschreven en hebben 389 mensen niet gereageerd op de uitnodiging om mee te werken aan dit onderzoek. 457 mensen hebben de vragenlijst wel teruggestuurd. Er waren echter 57 vragenlijsten waarvan minder dan 5 vragen waren ingevuld, de zogenoemde “blanco vragenlijsten”, ook deze lijsten zijn uitgesloten van verdere analyses. De laatste twee vragen van de vragenlijst betreffen vragen naar ontvangen hulp bij het invullen. Uiteraard is enige vorm van hulp toegestaan, echter wanneer de respondent aangeeft dat iemand anders in zijn of haar plaats de vragen heeft beantwoord, wordt de lijst uitgesloten van verdere analyses. Om deze reden zijn in dit onderzoek 14 vragenlijsten uitgesloten. Als laatste zijn zes vragenlijsten verwijderd uit de analyse omdat minder dan 50% van de sleutelvragen, dat zijn de vragen die op iedereen van toepassing zijn, waren beantwoord. 380 vragenlijsten bleven over die geschikt zijn voor analyse, een responspercentage van 45%.

3.1.2 *Respons analyse*

Om na te gaan of respondenten die aan de analyses verschillen van de personen die niet aan de analyses meedoen, hebben we de leeftijd en het geslacht van de beide groepen vergeleken. De geboortedatum van de respondenten was niet bekend, wel het geboortjaar. Aan de hand daarvan is de leeftijd vastgesteld (peildatum 31 december 2009). Hieruit is gebleken dat de respondenten ouder zijn (58,3 jaar) dan de non-respondenten (54,2), $t(844) = -2.95$, $p = 0,003$. De leeftijd varieerde van 18 tot 91 jaar. De verdeling van mannen en vrouwen bleek niet tussen de beide groepen te verschillen, $\chi^2(1) = .54$, $p = 0,46$.

Tabel 3.1 Leeftijd en geslacht van respondenten en non-respondenten

	respondent (N = 380)	non-respondent (N = 466)	totaal benaderd (N = 846)
gemiddelde leeftijd (jaren)	58,3*	54,2*	56,0
man (%)	45,5	48,1	46,9

* $p < 0.05$

3.1.3 *Achtergrondkenmerken van respondenten*

In tabel 3.2 staan de achtergrondkenmerken vermeld van de respondenten. In deze tabel is te zien dat 76% van de respondenten een diploma op middelbaar schoolniveau heeft behaald. 266 respondenten gaven aan in goede tot uitstekende gezondheid te verkeren

(69,8%). Het merendeel van de respondenten geeft aan in Nederland geboren te zijn (92,6%), en had een vader (91,3%) en/of moeder (89,5%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste respondenten thuis Nederlands, Fries of een Nederlands dialect (86,1%).

Tabel 3.2 Achtergrondkenmerken respondenten

	N	%
<i>Opleiding:</i>		
geen opleiding	19	5,1
lager onderwijs	41	11,1
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	79	21,4
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	66	17,8
middelbaar beroepsonderwijs	79	21,4
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	13	3,5
hoger beroepsonderwijs	46	12,4
wetenschappelijk onderwijs	10	2,7
anders	17	4,6
niet ingevuld	10	2,6
<i>Ervaren gezondheid:</i>		
uitstekend	37	10,0
zeer goed	39	10,6
goed	190	51,5
redelijk	87	23,6
slecht	16	4,3
niet ingevuld	11	2,9
<i>Geboorteland:</i>		
Nederland	351	92,6
Indonesië/Nederlands-Indië	5	1,3
Suriname	1	0,3
Marokko	1	0,3
Turkije	7	1,9
Duitsland	5	1,3
Nederlandse Antillen	2	0,5
anders	7	1,9
niet ingevuld	1	0,3

3.1.4 *Respons wanneer steekproef getrokken wordt uit verzekerden- of ziekenhuis-administratie*

Tabel 3.3 geeft per steekproef voor elke schoningsstap weer hoeveel vragenlijsten uitvallen en welk percentage overblijft. Tabel 3.3 geeft tevens de netto respons per manier van steekproeftrekken weer, dat is het aantal en percentage vragenlijsten dat overblijft nadat de schoningsstappen zijn uitgevoerd.

Tabel 3.3 Uitval en percentage geschikte vragenlijsten na elke schoningsstap

steekproef afzender (N)	zorgverzekeraar		ziekenhuis		ziekenhuis	
	zorgverzekeraar (N = 625)	% over	zorgverzekeraar (N = 112)	% over	ziekenhuis (N = 113)	% over
overleden	1	99,8	1	99,1	0	100,0
onbestelbaar retour	0	99,8	0	99,1	0	100,0
niet tot de doelgroep behorend	1	99,7	0	99,1	1	99,1
geen reactie	301	51,5	44	59,8	44	60,2
minder dan 5 vragen ingevuld	42	44,8	8	52,7	7	54,0
door anderen beantwoord	8	43,5	2	50,9	4	50,4
<50% van de sleutelvragen beantwoord	2	43,2	3	48,2	1	49,6
netto respons	270	43,2	54	48,2	56	49,6

Uit de tabel is af te leiden dat er een verschil is als het gaat om het percentage mensen dat de vragenlijst retourneert. Wanneer de gegevens uit de administratie van het ziekenhuis betrokken worden, stuurt 39,6% van de patiënten de vragenlijst niet retour, tegenover 48,3% van de patiënten van wie de gegevens betrokken zijn uit de administratie van de zorgverzekeraar. Dit verschil is marginaal significant, $z = -1,95$, $p = 0,05$. Verder voldoen meer mensen uit de steekproef van het ziekenhuis niet aan de eis dat minimaal 50% van de sleutelvragen beantwoord moet zijn.

Wanneer de steekproef uit de administratie van het ziekenhuis getrokken wordt, is de netto respons 5% hoger dan wanneer de steekproef getrokken wordt uit de administratie van de verzekeraar. Dit verschil bleek echter niet significant te zijn, $z = -0,98$, $p = 0,32$. Er bleken geen significante verschillen te bestaan tussen de twee beschreven groepen als het gaat om het gemiddeld aantal gegeven antwoorden, $F(1, 295) = 0,04$, $p = 0,85$. De respondenten uit beide groepen hebben gemiddeld 88 van de 91 vragen beantwoord.

Tabel 3.4 geeft per manier van steekproeftrekken de gemiddelde leeftijd en de geslachtsverdeling weer van de patiënten. Bij de patiënten uit de steekproef die uit de administratie van de zorgverzekeraar getrokken is en de patiënten uit de steekproef uit de ziekenhuisadministratie is een verschil in leeftijd te zien tussen de respondenten en de non-respondenten. Deze verschillen zijn echter niet significant (steekproef uit verzekerdenadministratie: $t(621) = -1,87$, $p = 0,06$, steekproef uit ziekenhuisadministratie: $t(109) = -1,72$, $p = 0,09$). Ook de geslachtsverdeling in de groep respondenten en non-respondenten verschilt bij beide steekproeftrekkingen, maar deze verschillen zijn niet significant, (steekproef uit verzekerdenadministratie: $\chi^2(1) = 2,95$, $p = 0,09$, steekproef uit ziekenhuisadministratie: $\chi^2(1) = 3,91$, $p = 0,53$).

Tabel 3.4 Leeftijd en geslachtsverdeling respondenten en non-respondenten per steekproeftrekking

steekproef afzender	zorgverzekeraar			ziekenhuis			ziekenhuis		
	zorgverzekeraar			zorgverzekeraar			ziekenhuis		
	respondent	non- respondent	totaal	respondent	non- respondent	totaal	respondent	non- respondent	totaal
N	270	353	623	54	57	111	56	56	112
leeftijd	56,6	53,6	54,9	62,5	56,2	59,3	62,3	56,1	59,2
geslacht	45,2	52,1	49,1	44,4	38,6	41,4	48,2	32,1	40,2

3.1.5 *Respons wanneer patiënten aangeschreven worden door verzekeraar of ziekenhuis*

In tabel 3.3 is te zien hoeveel vragenlijsten uitvallen en welk percentage overblijft voor elke schoningsstap. Tabel 3.3 geeft tevens de netto respons per afzender weer. De aanschrijfwijze lijkt een klein verschil op te leveren in het voordeel van het ziekenhuis als afzender als het gaat om de hoogte van de respons. Dit verschil is niet significant, $z = -0,05$; $p = 0,96$.

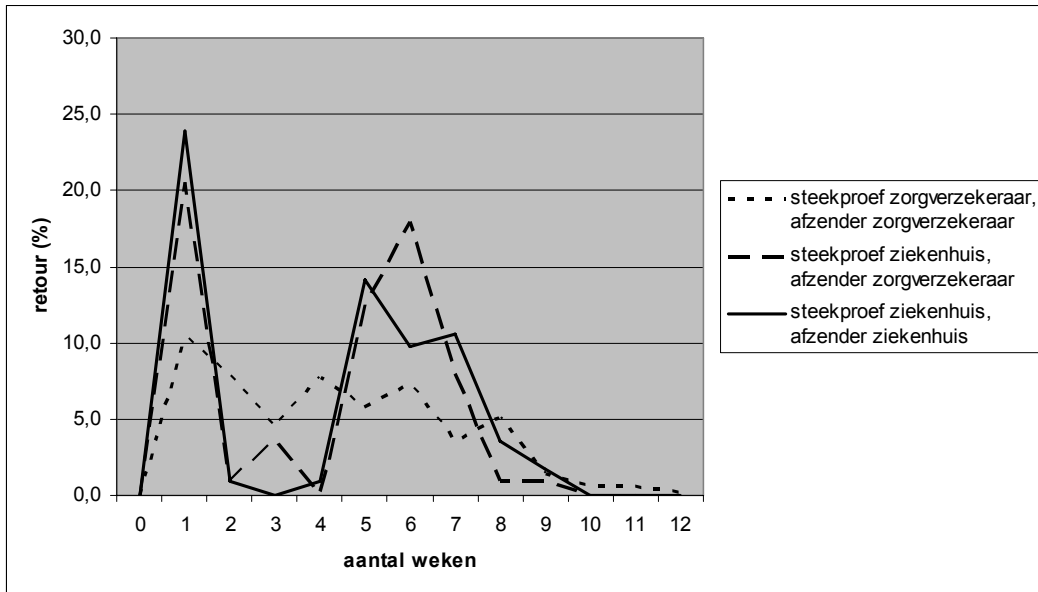
In tabel 3.4 staan de gemiddelde leeftijd en de geslachtsverdeling van de patiënten, onderverdeeld in respondenten en non-respondenten, per manier van aanschrijven vermeld. De leeftijd van de respondenten en non-respondenten die aangeschreven werden door het ziekenhuis verschilde van elkaar, maar dit verschil was niet statistisch significant, $t(110) = -1.63$, $p = 0,11$. Ditzelfde geldt voor het percentage mannen bij de respondenten en non-respondenten die zijn aangeschreven door het ziekenhuis, $\chi^2(1) = 3.01$, $p = 0,08$. Voor de beschrijving van de verschillen in leeftijd en geslacht tussen de respondenten en non-respondenten die zijn aangeschreven door de zorgverzekeraar (en van wie de gegevens uit de administratie van het ziekenhuis komen), zie paragraaf 3.1.4, derde alinea.

Het aantal gegeven antwoorden op de vragenlijst verschilde niet significant tussen de twee beschreven groepen, $F(1, 92) = 0,09$, $p = 0,77$. De respondenten uit beide groepen hebben gemiddeld 88 van de 91 vragen beantwoord.

3.1.6 *Responsverloop*

In grafiek 3.1 is het responsverloop in percentages over de weken per groep te zien. Het responsverloop onder de mensen van wie de gegevens uit de verzekerdenadministratie getrokken waren en die aangeschreven werden door de verzekeraar lijkt op het oog af te wijken van de andere twee groepen. Het verloop is wat geleidelijker in deze groep. De verschillen zijn echter niet significant (steekproeftrekken: $W_s = -0,25$, $p = 0,81$, afzender: $W_s = -0,04$, $p = 0,97$).

Grafiek 3.1 Responsverloop in procenten per week



3.2 Verschil in resultaten wanneer steekproef getrokken wordt uit verzekerden- of ziekenhuisadministratie

3.2.1 Schalen

De CQ-index ziekenhuisopname bevat zoals gezegd 13 kwaliteitsschalen. In tabel 3.5 is te zien dat de scores op de kwaliteitsschalen verschillen tussen de groepen respondenten. Respondenten van wie de gegevens uit de verzekerdenadministratie betrokken zijn, geven op bijna alle schalen (met uitzondering van “Bereikbaarheid”) een positiever oordeel dan de respondenten van wie de gegevens uit de ziekenhuisadministratie betrokken zijn en aangeschreven zijn door de zorgverzekeraar. De verschillen in scores op de schalen “Communicatie rondom medicatie”, “Kamer en verblijf” en “Communicatie met verpleegkundigen” zijn het grootst. De verschillen zijn echter niet statistisch significant (alle F 's $< 4,50$, p 's $> 0,01$), waarbij de kanttekening geplaatst moet worden dat de aantallen respondenten bij de schaal “Communicatie rondom medicatie” vrij klein zijn. Tevens is de power van de gebruikte toetsen, mede door het kleine aantal respondenten, vrij laag (0,01 tot 0,70).

Tabel 3.5 Scores op de kwaliteitsschalen

steekproef afzender schalen	zorgverzekeraar		ziekenhuis		ziekenhuis	
	score (N)	SD	score (N)	SD	score (N)	SD
Bereikbaarheid (3)	2,42 (236)	0,59	2,34 (47)	0,64	2,49 (49)	0,55
Opnamegesprek (2)	1,65 (157)	0,22	1,67 (30)	0,21	1,61 (33)	0,23
Ontvangst op de afdeling (2)	1,95 (224)	0,13	1,99 (39)	0,06	1,99 (48)	0,04
Communicatie met verpleegkundigen (1)	3,54 (269)	0,48	3,67 (52)	0,45	3,51 (56)	0,52
Communicatie met artsen (1)	3,58 (269)	0,55	3,67 (54)	0,46	3,58 (55)	0,59
Tegenstrijdige informatie van zorgverleners (1)	3,72 (266)	0,55	3,82 (53)	0,42	3,73 (54)	0,64
Kamer en verblijf (1)	3,29 (267)	0,50	3,42 (53)	0,52	3,25 (56)	0,51
Eigen inbreng (1)	3,08 (264)	0,59	3,08 (52)	0,64	3,20 (56)	0,49
Uitleg bij behandeling (1)	3,53 (266)	0,68	3,64 (54)	0,57	3,47 (55)	0,69
Pijnbeleid (1)	3,43 (150)	0,67	3,51 (25)	0,62	3,44 (29)	0,48
Communicatie rond medicatie (1)	2,86 (70)	1,08	3,11 (23)	0,95	2,93 (14)	0,9
Gevoel van veiligheid (1)	3,46 (261)	0,57	3,56 (54)	0,62	3,42 (55)	0,55
Informatie bij ontslag (2)	1,72 (247)	0,29	1,77 (50)	0,27	1,68 (52)	0,31

1) 1= nooit, 2 = soms, 3 = meestal, 4 = altijd

2) 1 = nee, 2 = ja

3) 1 = groot probleem, 2 = klein probleem, 3 = geen probleem

3.2.2 Algemene oordelen en aanbeveling

Op de algemene oordelen die genoemd worden in tabel 3.6, geven respondenten van wie de gegevens uit de verzekerdenadministratie betrokken zijn een wat positiever oordeel dan de respondenten van wie de gegevens uit de ziekenhuisadministratie betrokken zijn. Deze verschillen bleken echter niet significant te zijn (ontvangst in ziekenhuis: $F(1, 236) = 0,98$, $p = 0,32$; verpleegkundigen: $F(1, 293) = 1,15$, $p = 0,28$; artsen: $F(1, 294) = 0,00$, $p = 0,98$; ziekenhuis: $F(1, 292) = 1,05$, $p = 0,31$). Ook op de vraag of de patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen bij familie of vrienden bleek er geen significant verschil te bestaan tussen de groepen, $F(1, 292) = 3,34$, $p = 0,07$.

Tabel 3.6 Scores op algemene oordelen en aanbevelingsvraag

steekproef	zorgverzekeraar		ziekenhuis		ziekenhuis	
afzender	zorgverzekeraar		zorgverzekeraar		ziekenhuis	
Algemene oordelen:	score (N)	SD	score (N)	SD	score (N)	SD
Ontvangst op afdeling (1)	8,98 (223)	1,29	9,18 (38)	1,06	9,10 (49)	1,01
Verpleegkundige(n) (1)	9,11 (268)	1,37	9,31 (54)	1,10	8,89 (56)	1,20
Arts (1)	9,06 (270)	1,50	9,25 (53)	1,05	9,00 (54)	1,35
Ziekenhuis (1)	8,74 (269)	1,39	9,04 (52)	1,12	8,68 (56)	1,16
Aanbevelen (2)	3,31 (267)	0,70	3,50 (52)	0,70	3,33 (55)	0,61

1) schaal van 1 tot en met 10

2) 1= beslist niet, 2 = waarschijnlijk niet, 3 = waarschijnlijk wel, 4 = beslist wel

3.3 Verschil in resultaten wanneer patiënten aangeschreven worden door verzekeraar of ziekenhuis

3.3.1 Schalen

In deze paragraaf wordt gekeken of er verschillen zijn in resultaten tussen de respondenten die zijn aangeschreven door het ziekenhuis of de zorgverzekeraar. De steekproef van deze respondenten is getrokken uit de ziekenhuisadministratie. Van deze respondenten werd de ene helft aangeschreven door de zorgverzekeraar en de andere helft door het ziekenhuis. Tabel 3.5 geeft de scores weer.

De scores laten zien dat de respondenten die aangeschreven zijn door de zorgverzekeraar op bijna alle aspecten (met uitzondering van “Bereikbaarheid” en “Eigen inbreng”) een positievere score geven dan de respondenten die aangeschreven zijn door het ziekenhuis. Geen van de verschillen zijn echter statistisch significant (de F-waarden varieerden van 0,00 tot 3,24, de bijbehorende p waarden varieerden van 0,08 tot 0,98). Ook hierbij dient de kanttekening geplaatst te worden dat de aantallen respondenten vrij klein zijn.

3.3.2 Algemene oordelen en aanbeveling

Er bleken ook geen significante verschillen te bestaan tussen de twee beschreven groepen als het gaat om de algemene oordelen in de vorm van een cijfer (ontvangst in ziekenhuis: $F(1, 70) = 0,04$, $p = 0,85$; verpleegkundigen: $F(1, 92) = 4,29$, $p = 0,04$; artsen: $F(1, 89) = 0,76$, $p = 0,39$; ziekenhuis: $F(1, 90) = 2,77$, $p = 0,10$). Ook op de vraag of de patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen bij familie of vrienden bleek er geen significant verschil te bestaan tussen de groepen, $F(1, 89) = 1,93$, $p = 0,17$. Ook op deze aspecten geven respondenten die aangeschreven zijn door de zorgverzekeraar positievere oordelen dan de respondenten die zijn aangeschreven door het ziekenhuis.

3.4 Duur tussen opname en bevraging

Op de vraag hoe lang het geleden was dat de opname plaatsvond gaf het grootste deel van de respondenten van wie de gegevens uit de ziekenhuisadministratie betrokken waren aan dat het 2 tot 4 maanden geleden was. Van de respondenten van wie de gegevens uit de verzekerdenadministratie betrokken waren, gaf het grootste deel aan dat de opname 4 tot 8 maanden geleden plaats heeft gevonden. Dit verschil was significant, $\chi^2(5) = 52.61$, $p < 0,01$.

Tabel 3.7 geeft de procentuele verdeling weer over de antwoordcategorieën per steekproef, waarbij te zien is dat de mediaan voor de respondenten uit de steekproef van mei ligt bij de antwoordcategorie “4 tot 8 maanden” en voor de respondenten uit de steekproef van september ligt de mediaan bij de antwoordcategorie “2 tot 4 maanden” (vetgedrukt).

Tabel 3.7 Procentuele verdeling van respondenten per antwoordcategorie op de vraag hoe lang geleden de opname heeft plaatsgevonden

steekproef	aantal maanden tussen opname en bevraging					
	<1 maand	1-2 mnd	2-4 mnd	4-8 mnd	8-12 mnd	> 12 mnd
zorgverzekeraar	7,17	3,77	10,94	59,25	16,60	2,26
ziekenhuis	5,77	5,77	50,00	34,62	0,00	3,85

4 Discussie en conclusies

4.1 Doel en methode van het onderzoek

Het komt bij vragenlijstonderzoek helaas vaak voor dat het aantal mensen dat de vragenlijst invult vrij klein is (Zuidgeest et al., 2008). Het is dan mogelijk dat de mensen die wel reageren op bepaalde kenmerken zoals leeftijd en geslacht verschillen van de mensen die niet reageren. Dit kan tot gevolg hebben dat de resultaten aan representativiteit inboeten en wellicht minder generaliseerbaar zijn naar grotere groepen mensen. Het is dan ook interessant om manieren te vinden om de respons te verhogen.

Met dit doel voor ogen is dit onderzoek opgezet. Patiënten die opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis zijn gevraagd naar hun ervaringen. Hun gegevens zijn ofwel uit de administratie van de zorgverzekeraar (gebruikelijke methode), ofwel uit de administratie van het ziekenhuis getrokken. Van de patiënten van wie hun gegevens uit de administratie van het ziekenhuis getrokken waren, is de ene helft aangeschreven uit naam van de zorgverzekeraar en de andere helft uit naam van het ziekenhuis. Kortom, er is gevarieerd met twee steekproefmethoden en twee verzendmethoden. In dit hoofdstuk gaan we in op de gevonden resultaten, verklaringen en implicaties.

4.2 Verschil in steekproeftrekking

Bij de steekproeftrekking uit de administratie van het ziekenhuis zat er significant minder tijd tussen opname en bevraging en waren er 5% meer vragenlijsten bruikbaar voor de analyses dan bij de steekproeftrekking uit de administratie van de zorgverzekeraar. Dit komt overeen met het onderzoek van Bredart et al. (2002) en Saal et al. (2005) (in: Edwards et al., 2009) waarin een kortere duur tussen opname en bevraging een hoger responspercentage tot gevolg had.

Dat er significant minder tijd tussen opname en bevraging zit wanneer de steekproef getrokken wordt uit de administratie van het ziekenhuis is te verklaren aan de hand van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Deze codes, die het geheel van een geleverd zorgproduct omschrijven, worden door zorginstellingen gebruikt om declaraties in te dienen bij verzekeraars. Ze worden pas ingediend, wanneer ze gesloten zijn, en daar kan geruime tijd overheen gaan. Een ziekenhuisopname is dus later bekend bij de verzekeraar dan bij de zorginstelling. Hierdoor kunnen er in de steekproef uit de ziekenhuisadministratie meer mensen zitten van wie de opname relatief kort geleden is. Deze kortere duur tussen opname en bevraging zou kunnen verklaren waarom er meer mensen mee willen werken. Wanneer iets kort geleden is, ligt het verser in het geheugen. Het is dan aannemelijk dat mensen meer geneigd zijn mee te werken wanneer ze naar hun ervaringen gevraagd worden.

Er was geen verschil tussen de antwoorden die de twee groepen respondenten gaven op de verschillende kwaliteitsschalen. In de psychologische literatuur is beschreven dat naarmate er meer tijd verstrijkt, mensen positiever gaan oordelen over een gebeurtenis (Ganzach en Mazursky, 1995). Dit effect heeft zich in dit onderzoek niet voorgedaan.

4.3 Verschil in afzender

De aanschrijfwijze had geen effect op de respons. Blijkbaar voelen mensen zich niet meer geneigd mee te werken wanneer ze door de zorginstelling zelf gevraagd worden hun ervaringen met die zorgverlener kenbaar te maken, dan wanneer de verzekeraar hen dit vraagt. Tussen de beide groepen leek een klein verschil te bestaan tussen de scores op de kwaliteitsschalen; de respondenten die aangeschreven zijn vanuit de zorgverzekeraar gaven over het algemeen wat positievere scores. Dit verschil bleek echter niet significant te zijn. De brieven naar de patiënten die zijn aangeschreven door het ziekenhuis zijn ondertekend op centraal niveau, dit betrof in de meeste gevallen de raad van bestuur. Wellicht stond de persoon die de brief ondertekende nog te ver van de patiënten af, en zou het interessant zijn om te kijken wat het effect is van het ondertekenen van de brief door de behandelend arts. De patiënt heeft persoonlijk contact gehad met de behandelend arts en het is goed mogelijk dat de patiënt zich om die reden meer verbonden voelt met de arts en dus gemotiveerder is om mee te werken.

Tegen de verwachting in laten de resultaten uit dit onderzoek zien dat de respondenten die zijn aangeschreven door het ziekenhuis de neiging tot het sociaal wenselijk antwoorden niet voelden, of in ieder geval niet sterker dan de respondenten die zijn aangeschreven door de zorgverzekeraar. De in de inleiding beschreven aanname dat een grotere mate van bekendheid en verbondenheid met de afzender een grotere mate van responsbereidheid zou genereren, wordt door deze onderzoeksresultaten niet ondersteund. De mate van bekendheid met de afzender werd verondersteld groter te zijn voor het ziekenhuis dan de zorgverzekeraar, maar deze factor zal uitgevraagd of gemeten moeten worden wil dit als verklaring gegeven kunnen worden. Opvallend aan de algemene oordelen die de patiënten gegeven hebben in dit onderzoek aan ontvangst, verpleegkundige(n), arts(en) en het ziekenhuis, is dat deze vrij hoog zijn in vergelijking met de algemene oordelen van patiënten tijdens het ontwikkeltraject van de CQ-index Ziekenhuisopname. Op alle vier de aspecten geven de patiënten in dit onderzoek ongeveer één punt hoger dan de patiënten in het onderzoek tijdens het ontwikkeltraject. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de patiënten uit dit onderzoek allemaal in hetzelfde ziekenhuis behandeld zijn, en de patiënten uit het ontwikkeltraject in verschillende ziekenhuizen behandeld zijn.

4.3.1 Beperkingen

Een beperking bij dit huidige onderzoek betreft het design van het onderzoek. De twee steekproeftrekkingen verschilden niet alleen van elkaar door de methode (zorgverzekeraar of ziekenhuis), maar tevens door het moment in het jaar waarop de steekproeftrekking en

de dataverzameling plaatsvond. Dit kan een aantal soorten seizoensinvloeden met zich meebrengen. Allereerst verschilde het moment van invullen tussen de twee groepen respondenten. De respondenten uit de eerste steekproef zijn in het voorjaar bevraagd, de respondenten uit de tweede steekproeftrekking zijn in het najaar bevraagd. Tevens zouden, kijkend naar de inclusiecriteria voor de steekproeven, de twee groepen van elkaar kunnen verschillen als het gaat om het moment dat de opname plaatsvond. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat er een verschil is tussen de twee groepen respondenten als het gaat om de reden van opname en welk type operatie ze hebben ondergaan. Als laatste kan het verschil in moment van opname een verschil met zich meebrengen als het gaat om de organisatorische kant van een opname. Zo is er in de zomermaanden in verband met vakantie vaak wat minder personeel aanwezig en dit kan leiden tot een minder positieve ervaring met de opname.

Een tweede beperking wat betreft het design van het onderzoek is dat een vierde conditie waarin de steekproef uit de administratie van de zorgverzekeraar getrokken was en waarbij patiënten aangeschreven werden door het ziekenhuis inzichtelijk gemaakt zou kunnen hebben of er een interactie effect bestond tussen de manier van steekproeftrekken en de afzender. Het zou kunnen zijn dat de aanschrijfwijze bij mensen van wie de gegevens uit de administratie van het ziekenhuis betrokken zijn, en dus korter na hun opname uitgenodigd werden om deel te nemen, meer of een ander effect heeft dan bij de mensen van wie hun gegevens uit de administratie van de zorgverzekeraar betrokken zijn. Helaas zijn de mensen uit de eerste steekproef enkel aangeschreven door de zorgverzekeraar, dus is een eventueel interactie effect niet te achterhalen.

Twee schalen in het huidige onderzoek bleken niet heel betrouwbaar te zijn ("Bereikbaarheid van het ziekenhuis", 0,53 en "Ontvangst op de afdeling", 0,47). Dit komt niet overeen met de betrouwbaarheid van de schalen zoals deze is vastgesteld in het ontwikkeltraject van de vragenlijst (Sixma et al., 2009). Wellicht is het kleine aantal respondenten hier mede debet aan. De overige schalen komen wel overeen qua betrouwbaarheid met de schalen zoals deze zijn vastgesteld in het ontwikkeltraject van de vragenlijst (Sixma et al., 2009).

Een laatste beperking betreft de lage power van de gebruikte toetsen. Deze varieerde van 0,01 tot 0,70. Als de manier van steekproeftrekken of de afzender een verschil in respons of resultaten met zich meebrengt, dan zou het in dit onderzoek toch lastig geweest zijn om deze aan het licht te brengen. Dit ligt voornamelijk aan het lage aantal respondenten. Zoals eerder vermeld zijn een aantal gevonden verschillen vrij klein en verder onderzoek onder grotere aantallen mensen zal moeten uitwijzen of de verschillen substantieel zijn. Door de relatief kleine omvang van de groep respondenten die in september bevraagd zijn, is het aan te raden deze onderzoeksvraag nogmaals te testen, maar dan met een grotere steekproef.

4.4 Conclusie en aanbevelingen

De kortere duur tussen opname en bevraging en het daarmee samenhangende groter percentage bruikbare vragenlijsten zijn twee argumenten die pleiten voor het trekken van steekproeven uit de administratie van zorgverleners in plaats van de administratie van zorgverzekeraars. De scores op de kwaliteitsaspecten lijken niet significant te verschillen

tussen beide groepen patiënten, zodat de manier van steekproeftrekken geen invloed lijkt te hebben op de beoordelingen van de patiënten. Het variëren van afzender lijkt geen effect te hebben op respons en resultaten.

Er bestaan wel enkele obstakels bij het trekken van een steekproef uit de administratie van een zorginstelling. Zo is het voor de sectorspecifieke vragenlijsten (bijvoorbeeld CQI Ziekenhuisopname) zeker wel mogelijk de steekproef uit de administratie van de zorginstelling te trekken. Bij de aandoeningsspecifieke vragenlijsten (bijvoorbeeld CQI Heup/Knie, CQI Reuma) stuit men al snel op praktische problemen. Om een voldoende grote groep te hebben is het veel makkelijker om de steekproef uit de administratie van een zorgverzekeraar te trekken dan bijvoorbeeld een ziekenhuis. Meerdere ziekenhuizen of andere zorginstellingen zouden benaderd moeten worden. Het is dan niet ondenkbaar dat het trekken van veel steekproeven bewerkelijker is dan het trekken van één steekproef centraal.

Echter zal er eerst gekeken moeten worden of het effect van de hogere respons zich ook voordoet in andere ziekenhuizen, bij andere zorgverleners en onder andere grotere patiëntengroepen. Dan zal ook meer duidelijkheid verschaft kunnen worden over de verschillen in beoordelingen op kwaliteitsaspecten tussen de beide soorten steekproeftrekkingen.

Literatuur

- Arah OA, Asbroek AH ten, Delnoij DMJ, Koning JS de, Stam PJA, et al.. Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plan Survey Instruments. *Health Serv Res*, 2006; 41:284-301
- Dooper M. (2005). Zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt. *Mediator*, 2005; 16(1):10-1
- Dillman DA. *Mail and internet surveys: The Tailored Design Method*. New York: Wiley, 2000
- Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuseppi C, Wentz R, et al.. *Methods to increase response to postal and electronic questionnaires (Review)*. The Cochrane Collaboration. New York: Wiley, 2009
- Ganzach Y, Mazursky D. Time dependent biases in consumer Multi-attribute judgement. *J Econ Psychol*, 1995; 16:331-49
- Meyer JP, Becker TE, Vandenberghe C. Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *J Applied Psychol*, 1004; 89(6):991-1007
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vraag aan bod*. Den Haag: Ministerie VWS, 2000
- O'Reilly CA, Chatman J. Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *J Applied Psychol*, 1986; 71:492-9
- Ross CE, Mirowsky J. Socially desirable response and Acquiescence in a cross-cultural survey of mental health. *J Health Soc Behav*, 1984; 25(2):189-97
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij DMJ. *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Utrecht: CKZ, 2008
- Sixma H, Spreeuwenberg P, Zuidgeest M, Rademakers J. *CQ-Index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling: kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen*. Utrecht: NIVEL, 2009
- Zuidgeest M, Boer D de, Hendriks M, Rademakers J. Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *Tijdschr Gezondheidswet*, 2008; 8:455-62