

Scriptie opleiding communicatie

Ranking the hospital: do patients care?

Een onderzoek naar de invloed van ziekenhuisranglijsten



Auteur: Desiré de Jonge
Opleiding: European Studies and Communicationmanagement
Instituut: Haagse Hogeschool
Opdrachtgever: Erasmus MC
Afstudeerbegeleider: Quirijn Menken

Juni 2011

Bron afbeelding voorblad: ZGT <http://tinyurl.com/3zcownu>

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie waarmee ik mijn hbo-opleiding communicatie afsluit. Hierin beschrijf ik mijn onderzoek naar de invloed van ranglijsten op de keuze van de patiënt voor een ziekenhuis.

Dit onderzoek voerde ik uit bij het Erasmus MC in Rotterdam. Drie maanden werkte ik daar aan mijn onderzoek en ik voelde me er bijzonder goed thuis. Bedankt, alle collega's van de afdeling en in het bijzonder Elaine Berghout, David Drexhage en Sylvia Marmelstein van het team persvoorlichting!

Ik wil Ceciel van Hemel bedanken voor de begeleiding vanuit het Erasmus MC. Bedankt voor de gesprekken en je adviezen. Je openheid en vertrouwen in mij heb ik als heel bijzonder ervaren.

Hoewel weinig van hen deze scriptie onder ogen krijgen, wil ik alle patiënten bedanken die hebben meegewerkt. Bijna iedereen was bereid om geduldig mijn vragen te beantwoorden, ondanks de spanning die menig patiënt moet hebben gevoeld vlak voor een eerste polibezoek.

Dank voor de medewerkers en leidinggevendenden van de poliklinieken en het inschrijfbureau, die mij in contact brachten met nieuwe patiënten en mij voorzagen van aanspraak, een werkplek en koffie.

Ik vroeg mijn afstudeerbegeleider Quirijn Menken, om meedogenloos kritisch en veeleisend te zijn. Dat was je, maar boven alles heb je me enorm geïnspireerd. Niemand had me beter kunnen begeleiden dan jij. Dank je wel.

Familie en vrienden die mij in woord, en soms ook in daad hebben bijgestaan: dank!

Ik hoop dat u deze scriptie met evenveel plezier leest, als waarmee ik deze schreef.

Rotterdam, juni 2011

Desiré de Jonge

Inhoud

Samenvatting	7
---------------------	----------

Deel 1: Onderzoeksopzet

1.0 Aanleiding	8
1.1 Van patiënt naar consument	8
1.2 De ziekenhuis top 100	9
1.3 Ranking the hospital: do patients care?	10
1.4 Het Erasmus MC en de ranglijsten	10
2.0 Hypothese	11
3.0 Doelstelling en onderzoeksvragen	12
3.1 Doelstelling	12
3.2 De keuze voor het Erasmus MC	12
3.3 Beïnvloeding van buitenaf	12
3.4 De invloed van verschillende informatie	12
4.0 Methoden van onderzoek	13
4.1 De vragenlijst	13
4.2 Gestructureerde interviews	13
4.3 Het experiment	13
4.4 Steekproef en onderzoeksgroep	14
4.5 De onafhankelijke variabele	15
4.6 De uitvoering	15
5.0 Verantwoording onderzoeksmethoden	16
5.1 Betrouwbaarheid	16
5.2 Validiteit	17

Deel 2: Theoretisch kader

1.0 Beter geïnformeerd, betere keuze?	18
2.0 Het begrip attitude	18
2.1 Het driedimensionaal model	19
2.2 Impliciete versus expliciete attitude	20
3.0 Attitudeonderzoek	21
3.1 Voorwaarden voor betrouwbare zelfreflectie	22
4.0 De oorsprong van de attitude	22
4.1 Cognitieve oorsprong	22
4.2 Affectieve oorsprong	23
4.3 Conatieve oorsprong	23
4.4 Genetische oorsprong	23
4.5 De eerste ervaring	23
5.0 De attitude en de relatie met gedrag	24
6.0 De theorie van gepland gedrag	25
6.1 De definitie van gepland gedrag	26
6.2 Beliefs	26
7.0 De sociale norm	26
7.1 De sociale omgeving	27
7.2 De invloed van de sociale omgeving	28
8.0 De theorie van self-monitoring	28
8.1 Low versus high self-monitors	29
8.2 Kwantitatieve en informele informatie	29

Deel 3: Resultaten

1.0 De attitude	31
2.0 Kiezen voor een ziekenhuis	31
3.0 De eerste ervaring	32
4.0 Het raadplegen van informatie	32
5.0 De rankings	33
6.0 De sociale omgeving	34
7.0 Het advies inhoudelijk : kwantitatief of informeel?	35

Deel 4: Conclusies

1.0 Onderzoeksvraag 1	36
1.1 De attitude over het Erasmus MC	36
1.2 De eerste ervaring	36
2.0 Onderzoeksvraag 2	
2.1 Meer informatie, betere keuzes?	37
2.2 Ranking the hospital, do patients care?	37
2.3 De sociale omgeving	38
3.0 Onderzoeksvraag 3	
3.1 De waardering van verschillende soorten informatie	39

Deel 5: Aanbevelingen

1.0 De attitude over het Erasmus MC	40
2.0 De eerste ervaring	40
3.0 Meer informatie, betere keuzes?	40
4.0 Ranking the hospital, do patients care?	41
5.0 De sociale omgeving	41
6.0 De waardering van verschillende soorten informatie	41

Literatuur	42
------------	----

Bijlagen

1.0 Datamatrix	46
2.0 Associaties	48
3.0 Vragenlijst	50
4.0 Het experiment	57

Samenvatting

De Nederlandse overheid vindt dat de patiënt zich meer als consument moet opstellen. De patiënt moet kunnen kiezen voor de beste zorg. Dat kan als hij beschikt over transparante informatie over de kwaliteit en prestaties van ziekenhuizen. Zulke informatie wordt steeds vaker openbaar gemaakt. Het weekblad Elsevier en het Algemeen Dagblad publiceren op basis van deze informatie jaarlijks een ziekenhuisranglijst van de beste ziekenhuizen.

Voor het Erasmus MC is een onderzoek uitgevoerd met als belangrijkste vraag: vinden patiënten deze ranglijsten in de media belangrijk bij de keuze voor een ziekenhuis? Voor dit onderzoek zijn 77 nieuwe patiënten van het Erasmus MC ondervraagd. De meerderheid is een vragenlijst voorgelegd, een klein deel is geïnterviewd. De gehele onderzoeksgroep deed mee aan een experiment.

Een groot deel van de deelnemers van het onderzoek kent deze ziekenhuisranglijsten niet. En wie ze kent, vindt ze onbelangrijk in de beslissing om naar het Erasmus MC te gaan. Ook zijn slechts weinig patiënten op de hoogte van andere websites, instanties en dergelijke die ziekenhuizen vergelijken.

Door middel van een experiment is de informatie uit de ranglijsten vervolgens vergeleken met informatie op basis van een persoonlijke ervaring. Het experiment bevestigt de geringe interesse in de ranglijsten. De onderzoeksgroep waardeert een advies op basis van een persoonlijke ervaring hoger dan een advies op basis van feitelijke gegevens uit de ranglijsten.

De patiënt besteedt weinig aandacht aan de ranglijsten. Toch doet het Erasmus MC er goed aan om dit wel te doen. De hoeveelheid informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen groeit snel. Daarnaast zijn de ranglijsten (gedeeltelijk) samengesteld op basis van prestatie-indicatoren. Zorgverzekeraars contracteren steeds vaker ziekenhuizen op basis van de uitkomsten van deze kwaliteitsmetingen.

Het Erasmus MC doet er verder goed aan te blijven voorzien in gemakkelijk toegankelijke informatie: in het bijzonder over praktische zaken en over specialismen en behandelingen. Bijna de helft van de ondervraagden raadpleegde voorafgaand aan de afspraak zulke informatie over het Erasmus MC.

Het is van groot belang dat patiënten een goede ervaring hebben met het Erasmus MC. Een positieve eerste ervaring is een belangrijke reden om weer voor het Erasmus MC te kiezen. Daarnaast vinden de meeste ondervraagden de ervaringsdeskundige een belangrijke raadgever. Die ervaringsdeskundige kan in sommige gevallen zelfs belangrijker zijn dan een expert (een huisarts of verwijzend specialist).

In de communicatie met patiënten kan het Erasmus MC het beste inzetten op anekdotes, testimonials en persoonlijke ervaringen van andere patiënten. Dat is effectiever dan de kwaliteit te benadrukken op basis van gegevens uit de rankings, of informatie die daaraan is gerelateerd.

Deel 1: Onderzoeksopzet

1.0 Aanleiding

De commercialisering van de gezondheidszorg in Nederland heeft grote gevolgen. Niet alleen het communicatiebeleid van ziekenhuizen, maar ook de rol van de patiënt verandert.

1.1 Van patiënt naar consument

De afgelopen jaren is een vorm van gereguleerde marktwerking in de zorg tot uitgangspunt van het beleid gemaakt. Marktwerking betekent dat kwaliteit en prijzen worden bepaald door een vrije samenkomst van vraag en aanbod. Zo kunnen sinds 2009 zorgverzekeringen met ziekenhuizen onderhandelen over de prijs van (een gedeelte van) de zorg (Feenstra & Wansink, 2008).

Deze onderhandelingen gaan over de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis biedt, en de prijs die de zorgverzekeraar voor de geboden zorg wil betalen. De zorgverzekeraar kan zijn inkooprol –namens zijn verzekerden– alleen goed spelen als de verschillen in kwaliteit tussen verschillende artsen, zorginstellingen en dergelijke, transparant en voor iedereen inzichtelijk worden (Feenstra & Wansink, 2008).

Om de gezondheidszorg transparanter te maken, en zo de marktwerking optimaal te laten functioneren, maakt de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) gebruik van prestatie-indicatoren die meten waar de zorg niet optimaal is. Zorgverzekeraars kunnen deze indicatoren gebruiken bij het inkopen van zorg (IGZ, 2011). Inspecteurs corrigeren, en treffen desnoods maatregelen: boetes, verscherpt toezicht of sluiting van een afdeling. Een dergelijk besluit wordt gepubliceerd op de website (Feenstra & Wansink, 2008).

De toegenomen transparantie heeft ook gevolgen voor de Nederlandse burger die zorg nodig heeft. Volgens professor Margot Trappenburg, gespecialiseerd in patiëntenperspectief en de verzorgingsstaat, verwacht de overheid door de komst van de marktwerking in de zorg een nieuwe houding van de patiënt:

“De overheid heeft in haar voorlichting de afgelopen jaren sterk benadrukt dat de burger zich in de gezondheidszorg als consument moeten opstellen. Je ziet nu dat de overheid ziekenhuizen aanmoedigt om hun kwaliteit transparanter te maken, ‘want de patiënt moet immers kunnen kiezen’ - een modieuze terminologie. Zo zet de overheid een ontwikkeling in gang waardoor een patiënt zich wel op móet stellen als klant. Terwijl veel mensen dat niet willen” (Trappenburg in Vuijst, 2010, p19).

Met de komst van de marktwerking in de gezondheidszorg, verandert de rol van de patiënt, zegt Trappenburg. In plaats van zich te schikken naar het oordeel van de professional, relativeert de zorgvrager de expertise van de professional. Hij stelt zijn eigen kennis en ervaringsdeskundigheid daartegenover. Hij wantrouwt bedoelingen van professionals en twijfelt aan hun inzet en motieven. Hij stelt zich mondig en assertief op en neemt geen genoegen meer met een standaardbehandeling. De moderne zorgconsument “kiest, eist, claimt, oordeelt en selecteert” (Trappenburg, 2008).

Trappenburg benadrukt dat deze moderne consument nog niet zo heel veel voorkomt. Echter, als het systeem de patiënt dwingt om een moderne consument te worden:

“Dan gaan patiënten toch maar internetten om uit te zoeken hoe hun arts en het ziekenhuis in hun omgeving scoren in vergelijkende ranglijstjes. Dan zullen zij zich ook op hoge poten melden aan de balie, om zorg te eisen en de beste behandeling, hier en nu en wel onmiddellijk” (Trappenburg, 2008, p. 200).

1.2 De ziekenhuis top 100

Deze ‘vergelijkende ranglijstjes’ zoals Trappenburg ze noemt, zijn geen nieuw fenomeen.

Respectievelijk sinds 1996 en 2004 presenteren Elsevier en het Algemeen Dagblad de jaarlijkse ziekenhuisranglijsten. Opinieweekblad Elsevier presenteert de kwaliteit van negentig ziekenhuizen op basis van openbare gegevens. Dat zijn onder andere de prestatie-indicatoren die ziekenhuizen van de overheid verplicht openbaar moeten maken, wachtlijsten, de uitkomsten van patiëntenenquête's en jaarverslagen. Het doel is om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van het functioneren van een ziekenhuis. Een goed functionerend ziekenhuis is veilig voor de patiënt, nauwgezet in de medische zorg, betrouwbaar als organisatie en optimaal als voorlichter.

“Afgelopen jaren groeide de stroom informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen gestaag, en daar komt de komende tijd nog veel meer informatie bij. Toch biedt het de consument nauwelijks enig houvast om beargumenteerde keuzes te maken. En dat was wel de bedoeling toen in 2006 de marktwerking in de zorg werd geïntroduceerd” (Leeuwen, 2010, p.74).

Deze media, maar ook de Consumentenbond, zorgverzekeringen, patiëntenverenigingen en vergelijkingswebsites als Independer en KiesBeter, presenteren rankings die op verschillende manieren zijn samengesteld. De meningen over deze ranglijsten verschillen enorm. Voorstanders spreken van:

“Prestaties van ziekenhuizen worden beter, niet in de laatste plaats onder de druk van de ranglijst die het AD sinds 2004 samenstelt (Geenen, Vreede, 2010, p.2).

“Waardevolle informatie over het functioneren van ziekenhuizen” (Leeuwen, 2010, p.79).

Tegenstanders:

“Ziekenhuisranglijsten kunnen reputaties maken en breken. De waarde ervan blijkt echter zeer relatief. Ziekenhuizen moeten zich dus niet gek laten maken en kunnen hun energie beter steken in een goed intern kwaliteitssysteem” (Stolk, 2010, p.15).

“Oliebollenlijstjes” (Bruinsma, 2006, p. 9).

1.3 Ranking the hospital, do patients care?

Over de toegevoegde waarde van deze ranglijsten zijn de laatste woorden nog niet gesproken. Deze scriptie gaat echter niet inhoudelijk in op de relevantie van deze ziekenhuisranglijsten. Met dit afstudeeronderzoek wordt de vraag beantwoord of deze ranglijsten effect hebben op de keuze van een patiënt voor een ziekenhuis.

Voordat ik contact zocht met een geschikte organisatie om het afstudeeronderzoek uit te voeren, heb ik verschillende ideeën uitgewerkt. Ik heb in verschillende ziekenhuizen gewerkt, waardoor ik betrokken ben bij de gezondheidszorg in Nederland. Van een afstand zie ik de nieuwe ontwikkelingen in de zorg, waarbij ik me steeds één ding afvraag: wat vindt de patiënt er eigenlijk van? Tijdens mijn stage bij het weekblad Elsevier kwam ik in aanraking met de jaarlijkse ziekenhuisranglijst die het weekblad publiceert. Dit vond ik een interessant fenomeen om nader te onderzoeken, maar dan vanuit de positie van de patiënt die een ziekenhuis kiest.

Bij benadering van het Erasmus MC in Rotterdam, gaf het hoofd communicatie Jurn Hageman aan geïnteresseerd te zijn in de uitkomst van deze onderzoeksvraag. Afsproken werd om het onderzoek uit te voeren tussen half maart en half juni, onder begeleiding van Ceciel van Hemel, persvoorlichter.

1.4 Het Erasmus MC en de ranglijsten

De onderstaande tabellen laten de score zien van het Erasmus MC en de andere Rotterdamse ziekenhuizen in 2010, zoals in Elsevier en het Algemeen Dagblad gepubliceerd.

Resultaten Elsevier 2010: ●●●● hoogste score
 ● laagste score

	Medische zorg	Veiligheid	Effectiviteit	Patiëntgerichtheid	Totaalscore
Erasmus MC	●●	●●●	●○*	●	●
Havenziekenhuis	●	●●	●	●●●	●●
Ikazia	●●●	●●●	●●●	●●	●●
Sint Franciscus Gasthuis	●●●●	●●●●	●●●○*	●●●	●●●
Maasstad ziekenhuis	●●●	●●●●	●○*	●●●●	●●●●

*○ is een half bolletje

Elsevier heeft nog een rangschikking toegevoegd, aan de hand van verschillende factoren die de 'zorgzwaarte' van een ziekenhuis voorspellen. Hoe hoger een ziekenhuis staat op deze lijst, hoe

ernstiger de ziektes van de patiënten die er worden behandeld. Het Erasmus MC staat op deze lijst bovenaan.

Resultaten AD ziekenhuis top 100 2010:

	Eindscore	Plaats
Havenziekenhuis	64,22	91
Erasmus MC	67,87	79
Ikazia	80,09	36
Sint Franciscus Gasthuis	86,84	8
Maasstad ziekenhuis	88,80	5

De opdrachtgever van dit onderzoek, het Erasmus MC, is samen met het academisch kinderziekenhuis (Sophia) en de medische faculteit gevestigd in het hart van Rotterdam. Met bijna 14.000 medewerkers is dit ook het grootste universitair medisch centrum van Nederland. Jaarlijks melden zich ongeveer 180.000 personen voor een eerste bezoek aan een polikliniek.

2.0 Hypothese

Volgens de *theorie van gepland gedrag* speelt informatie slechts een zeer beperkte rol in het proces voorafgaand aan gedrag (Fishbein & Ajzen, 2010). Gedrag is in dit onderzoek: de keuze voor het Erasmus MC. Hierdoor is het niet waarschijnlijk dat mensen hun keuze voor een ziekenhuis baseren op informatie uit de rankings.¹ Deze hypothese is wordt onder meer bevestigd in het onderzoek van Huppertz & Carlson (2010) waarin zij stellen:

“Studies of consumer decision making reveal that people often rely on informal, qualitative information from friends, relatives, and acquaintances when making choices among health care providers or health plans. Furthermore, recommendations from non-professionals often outweigh advice from authoritative sources” (p. 1603).

De *theorie van self-monitoring* stelt dat bepaalde individuen ontvankelijk zijn voor kwantitatieve informatie (feitelijke informatie zoals die bijvoorbeeld in de rankings staat). De invloed van deze informatie wordt vergeleken met informatie gebaseerd op een persoonlijke ervaring (anekdotische informatie). Volgens Huppertz & Carlson (2010) speelt deze anekdotische informatie een grotere rol in de keuze voor een zorgaanbieder. De aanname is, dat mensen deze anekdotische informatie hoger waarderen. Daarnaast wordt aangenomen dat adviezen van de sociale omgeving (non-professionals) belangrijker worden gevonden dan de adviezen van experts (doorverwijzend arts, zorgverzekeraar).

¹ Ranglijsten

3.0 Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk beschrijft het doel van het onderzoek en de vragen die met de onderzoeksmethode, zoals in het volgende hoofdstuk zijn beschreven, worden beantwoord.

3.1 Doelstelling

Ranking the hospital, do patients care? De titel van dit onderzoek heeft alles te maken met de doelstelling: het beantwoorden van de vraag of patiënten van het Erasmus MC zich laten beïnvloeden door ranglijsten zoals gepubliceerd in het weekblad Elsevier en het Algemeen Dagblad. Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen.

3.2 De keuze voor het Erasmus MC

Onderzoeksvraag 1: om welke redenen kiest de patiënt voor het Erasmus MC en welke redenen worden het belangrijkste gevonden?

Allereerst worden de redenen van de patiënten om voor het Erasmus MC te kiezen onderzocht. Om deze vragen te kunnen beantwoorden, wordt de attitude² onderzocht. De attitude voorspelt namelijk in sommige gevallen het gedrag dat *gepland*, weloverwogen wordt uitgevoerd.³ In de uitvoering van dit onderzoek wordt ervan uitgegaan dat kiezen voor een ziekenhuis zo'n soort gedrag is, dat bewust en gepland plaatsvindt. Onder bepaalde voorwaarden kan de attitude goed verklaren waarom een patiënt voor het Erasmus MC kiest.⁴

3.3 Beïnvloeding van buitenaf

Onderzoeksvraag 2: wie en wat wordt door de patiënt geraadpleegd bij zijn keuze voor het Erasmus MC en hoe belangrijk vindt de patiënt een eventueel advies?

Ten tweede wordt onderzocht wie⁵ invloed kan uitoefenen op de belangrijkheid van deze beweegredenen voor de patiënt. De sociale omgeving kan grote invloed hebben op het gedrag van een individu.⁶ De patiënt wordt gevraagd wie hij heeft geraadpleegd en hoe belangrijk een positief dan wel negatief advies wordt gevonden. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd of hij zelf informatie heeft ingewonnen voordat hij de keus maakte voor het Erasmus MC.

3.4 De invloed van verschillende soorten informatie

Onderzoeksvraag 3: is een patiënt ontvankelijker voor advies gebaseerd op informele argumenten of op kwantitatieve argumenten?

De hypothese van dit onderzoek is niet helemaal nieuw. Daarom is er nog een derde onderzoeksvraag geformuleerd, die door middel van een pre-experiment⁷ wordt beantwoord. Twee verschillende soorten informatie⁸, namelijk informele (gebaseerd op een persoonlijke ervaring) en kwantitatieve (gebaseerd op informatie uit de ranglijsten) worden met elkaar vergeleken. Welk soort informatie wordt belangrijker gevonden door de patiënt?

² Zie theoretisch kader 2.0: het begrip attitude pagina 18

³ Zie theoretisch kader 6.1: de definitie van gepland gedrag pagina 26

⁴ Zie theoretisch kader 3.1: voorwaarden voor betrouwbare zelfreflectie pagina 22

⁵ Zie theoretisch kader 7.1: de sociale omgeving pagina 27

⁶ Zie theoretisch kader 7.2: de invloed van de sociale omgeving pagina 28

⁷ Zie onderzoeksopzet 4.2: het experiment pagina 13

⁸ Zie theoretisch kader 8.2: kwantitatieve en informele informatie pagina 29

4.0 Methoden van onderzoek

Deze onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van *kwantitatief*, *kwalitatief* en *experimenteel* onderzoek. Voor het verzamelen van kwantitatieve gegevens is een vragenlijst⁹ ontworpen. Saunders, Lewis & Thornhill (2004, p. 341) definiëren kwantitatieve gegevens als volgt:

“Numerieke gegevens of gegevens die op een zinvolle manier gekwantificeerd kunnen worden. (...) Dit kan variëren van eenvoudige tellingen, zoals het aantal keren dat iets gebeurt, tot complexere gegevens, zoals testcores of prijzen.”

4.1 De vragenlijst

De vragenlijsten worden door een zo groot mogelijk aantal patiënten ingevuld, die voldoen aan kenmerken van de onderzoeksgroep. Hoe groter deze groep is, hoe representatiever de uitspraken over de gehele populatie van nieuwe patiënten van het Erasmus MC. Er is geen representatieve steekproef getrokken.

Voordat deze vragenlijsten worden verspreid, worden ze eerst uitgetest door middel van proefinterviews. Dit heeft niet alleen als doel om inconsistenties in de vragenlijst op te sporen, maar ook het verzamelen van enkele kwalitatieve gegevens. De proefinterviews bieden namelijk mogelijkheid om mensen open vragen te stellen, zodat ze uitgebreider ondervraagd kunnen worden dan bij een kwantitatief onderzoek. Deze interviews kunnen ook onverwacht nieuwe ideeën en informatie opleveren (Fitzpatrick & Boulton, 1994). Verzamelde gegevens uit de proefinterviews zullen slechts ter illustratie bij het onderzoeksverslag worden gebruikt. Daarom is er geen aparte onderzoeksopzet ontworpen voor het kwalitatieve onderzoek.

4.2 Gestructureerde interviews

Daarnaast is bij een deel van de patiënten de vragenlijst afgenomen door gestructureerde interviews, waarbij is doorgevraagd naar achterliggende motivaties en verklaringen. In het kwalitatieve onderzoek benoemen mensen zelf hun attitude en de reden van hun gedrag. Zelfreflectie op de attitude en gedrag staat ter discussie, het kan namelijk door verschillende redenen een onbetrouwbaar beeld geven¹⁰. In de vragenlijst en de interviews zijn maatregelen genomen om dat te voorkomen.¹¹

4.3 Het experiment

Experimenteren is te omschrijven als een gecontroleerde methode van waarneming, waarbij de waarden van een of meer onafhankelijke variabelen worden gemanipuleerd met de bedoeling het oorzakelijke of causale effect daarvan vast te stellen op een of meer afhankelijke variabelen. Het is dus een door de onderzoeker gecreëerde situatie met een kunstmatig karakter, met als doel het kunnen doen van causale uitspraken. (Hart, Boeije, Hox, 2005)

Een zuiver experiment is aan een aantal voorwaarden gebonden. Zo moet er een controlegroep bij het onderzoek worden betrokken en moeten proefpersonen op basis van toeval worden toegewezen aan

⁹ Zie bijlage 3: de vragenlijst pagina 50

¹⁰ Zie theoretisch kader 3.0: attitudeonderzoek pagina 21

¹¹ Zie theoretisch kader 3.1: voorwaarden voor betrouwbare zelfreflectie pagina 22

de onderzoeks- en de controlegroep. Vanwege de beperkte tijd en mogelijkheden van de onderzoeker is gekozen voor een pre-experiment. Een ontwerp is pre-experimenteel als er geen of slechts één vergelijkingsbasis is voor het gedrag na toediening van de experimentele stimulus (Hart et al, 2005).

De experimentele stimulus (de onafhankelijke variabele) is in dit onderzoek een casus¹². De casus bestaat uit vier verschillende adviezen, namelijk:

- Een positief advies (aanraden) op basis van een persoonlijke ervaring
- Een positief advies (aanraden) op basis van gegevens uit de rankings
- Een negatief advies (afraden) op basis van een persoonlijke ervaring
- Een negatief advies (afraden) op basis van gegevens uit de rankings

Iedere deelnemer aan het onderzoek krijgt één advies. Van te voren wordt de onderzoeksgroep gevraagd zich in te beelden dat dit advies door een bekende wordt gegeven.

Na het lezen wordt de attitude gemeten (de afhankelijke variabele). De onderzoeksgroep moet de belangrikheid van elk advies scoren op een schaal van heel onbelangrijk tot heel belangrijk

4.4 Steekproef en onderzoeksgroep

Het is onmogelijk om de gehele patiëntenpopulatie van het Erasmus MC te ondervragen. Daarom is er een steekproefplan opgesteld, dat beslissingen over de wijze van trekken en de grootte van de steekproef omvat (Hart et al, 2005). De steekproef wordt getrokken uit het steekproefkader, in dit geval alle patiënten van het Erasmus MC die een eerste afspraak hebben op een polikliniek. Zij zijn doorverwezen door een eerstelijns verwijzer (huisarts, verloskundige). Uit een onderzoek naar het verwijsgedrag van huisartsen (Groeneveld, 2009) blijkt dat de patiënt veel invloed kan uitoefenen op het verwijfsadvies, dat is: de keuze voor een bepaald ziekenhuis. De helft van de huisartsen in de regio Rotterdam geeft aan dat de patiënt veel invloed heeft bij een eerste verwijzing.

Niet altijd heeft de patiënt een keuze. Sommige zorgvragen zijn zo gecompliceerd, dat kennis en ervaring nodig is van medisch specialisten van een universitair medisch centrum (UMC). In die zin kan het Erasmus MC worden beschouwd als laatste toevluchtsoord, voor patiënten met aandoeningen als taaislijmziekte, of longkanker (Stolk, 2010).

De steekproef is geslaagd als deze, voor het onderzoek relevante, kenmerken van de populatie zo goed mogelijk weerspiegelt (Hart et al, 2005). Voor dit onderzoek zijn dat:

- Patiënten kunnen hun behandeling ook –in theorie– in een ander ziekenhuis ontvangen
- Patiënten hebben zelf de afspraak gemaakt
- Patiënten zijn aangemerkt als nieuwe patiënt.

¹² Zie bijlage 4: het experiment pagina 57

4.5 De onafhankelijke variabele

De geselecteerde patiënten voor dit onderzoek maken gebruik van planbare zorg. Dit is niet-acute zorg, die ook in andere ziekenhuizen wordt aangeboden. Patiënten die hiervoor het Erasmus MC bezoeken, zouden deze zorg dus –in theorie- in een ander ziekenhuis kunnen ontvangen. De selectie van patiënten uit de populatie berust op toeval.

“Als de selectie van eenheden uit de populatie op toeval berust, dan heeft men grote kans dat de verdelingen van de variabelen in de steekproef een goede afspiegeling vormen van die in de populatie” (Hart et al, 2005, p. 232).

Dit wordt ook wel een enkelvoudig aselechte steekproef genoemd. Voor de omvang van de steekproef is gekozen voor het, door de opleiding voorgeschreven, aantal van minimaal honderd respondenten.

In eerste instantie was het de bedoeling om een onderzoeksgroep samen te stellen die voor hun zorgvraag—in theorie—een ander ziekenhuis konden bezoeken. Dit zou bij het benaderen van de patiënt worden gevraagd. Omdat patiënten werden benaderd in volle wachtkamers met weinig privacy, is besloten om deze vraag niet te stellen. Aan de patiënten werd vooraf alleen gevraagd of zij nieuwe patiënt waren, voordat zij een vragenlijst kregen of een interview.

Op de vragenlijst en in het interview is vervolgens één onafhankelijke variabele in het onderzoek toegevoegd, namelijk: of de patiënt zelf koos voor het Erasmus MC, of dat de verwijzer dat voor hem deed. Patiënten die zelf konden kiezen tussen de volgende twee opties:

- Ik heb zelf voor het Erasmus MC gekozen
- De huisarts/specialist adviseerde mij om naar het Erasmus MC te gaan, maar ik kon zelf kiezen

De patiënten die geen keuze hadden, konden een van deze opties aankruisen:

- Ik moest van mijn verwijzer (huisarts, specialist) naar het Erasmus MC gaan, vanwege.....
- Ik moest van mijn zorgverzekeraar naar het Erasmus MC gaan

4.5 De uitvoering

De vragenlijsten zijn op verschillende data, dagdelen en tijdstippen uitgedeeld aan nieuwe patiënten (in de periode van 9 mei tot en met 23 mei) Deze patiënten zijn grotendeels afkomstig van verschillende poliklinieken die de meeste raakvlakken hebben met de ziekenhuisranglijsten: poli oogheelkunde, orthopedie en maag-, darm- en leverziekten (MDL). Verschillende criteria uit de rankings hebben te maken met deze specialismen.

De vragenlijsten zijn door het grootste deel van de onderzoeksgroep (n=77) zelf ingevuld (81%, 62 patiënten), een kleiner deel van de vragenlijsten is afgenomen door middel van gestructureerde interviews (bij 19%/15 patiënten).

5.0 Verantwoording onderzoeksmethoden

De geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten wordt bepaald door de kwaliteit van de onderzoeksopzet. Daarbij zijn twee factoren van belang: de betrouwbaarheid en validiteit. Beide zijn er op gericht om de kans op verkeerde antwoorden zo klein mogelijk te maken.

5.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid kan worden vastgesteld door de volgende vragen te stellen (Saunders et al, 2004):

- Zullen de metingen bij andere gelegenheden dezelfde resultaten opleveren?
- Zullen andere waarnemers gelijksoortige waarnemingen doen?
- Is de manier waarop ruwe gegevens zijn geïnterpreteerd transparant?

Deze vragen hebben onder meer betrekking op de steekproef.

“Wanneer het onderzoek herhaald wordt met een andere aselechte steekproef, vinden we iets andere resultaten” (Hart et al, 2005, p. 163).

Omdat bij dit onderzoek een aselechte steekproef wordt getrokken, zal een tweede steekproef iets andere resultaten hebben. Dit valt onder de categorie toevallige fouten. Toevallige fouten kunnen bijvoorbeeld ook vergissingen bij het aankruisen zijn, of het niet paraat hebben van benodigde kennis. Het is aannemelijk dat deze fouten niet systematisch zijn en elkaar in de onderzoeksgroep als geheel ongeveer in evenwicht houden (Hart et al, 2005). Uit de pretest is gebleken dat de vragenlijst gemakkelijk in te vullen is. De benodigde kennis beperkt zich tot een mogelijk eerdere ervaring met het Erasmus MC. Mocht de ondervraagde dat niet weten, is er een optie ‘weet ik niet’ toegevoegd.

Doordat een aantal vragenlijsten zijn meegegeven aan patiënten, zijn er een aantal (n=12) niet ingevuld terug gekomen bij de onderzoeker. Er is dus sprake van een non-respons.

Deze non-respons is willekeurig verdeeld onder de deelnemers van het onderzoek. Dat heeft geen onwenselijke effecten op de gegevens, maar:

“Als het niet willen of kunnen meedoen aan een enquête op toeval zou berusten, dus willekeurig verdeeld zou zijn over alle steekproefelementen, dan betekent de non-respons alleen dat de nauwkeurigheid van de resultaten afneemt, omdat de feitelijke steekproef kleiner is dan de oorspronkelijke”(Hart et al, 2005, p. 247).

Na verzameling van de onderzoeksgegevens is gebleken dat door deze non-respons geen evenredige verdeling heeft plaatsgevonden van de adviezen. Hierdoor is een significant groter aantal positief-associatieve adviezen gescoord. Het toepassen van weging zal de gegevens echter nog meer kunnen beïnvloeden. Daarom zal aan de cijfers niet worden gesleuteld, maar moet met deze fout rekening worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten van het experiment.

5.2 Validiteit

In de vorige paragraaf zijn toevallige fouten besproken. Een gering aantal toevallige fouten heeft geen invloed op de algemene geldigheid en validiteit van de resultaten. Validiteit heeft betrekking op: wordt er vastgesteld wat er beoogd werd vast te stellen? Dat kan worden verstoord door systematische fouten. Systematische fouten zijn bijvoorbeeld het geven van sociaal wenselijke antwoorden door de onderzoeksgroep. Deze fout leidt uiteindelijk tot geheel verkeerde onderzoeksinterpretaties en misleidende conclusies. Om dit te vermijden, wordt bij het invullen van de vragenlijst de anonimiteit gewaarborgd. Deelnemers hoeven bijvoorbeeld geen persoonsgegevens te vermelden en het invullen van de vragenlijst doet de patiënt zelf. Daarnaast worden in de vragenlijst geen theoretische concepten of jargon gebruikt. Dit verkleint de kans op verkeerde interpretatie van de vragen of begrippen (Saunders et al, 2004).

Deel 2: Theoretisch kader

1.0 Beter geïnformeerd, betere keuze?

De overheid stelt dat met transparante informatie over de prestaties van zorgaanbieders de patiënt gemakkelijker kan kiezen voor een zorgaanbieder die bij hem past (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010). Het aanbod van deze informatie stimuleert het maken van een weloverwogen keuze voor een ziekenhuis.

Volgens de theorie van gepland gedrag speelt informatie echter maar een beperkte rol in het gedrag. Dat blijkt ook uit het voorbeeld dat Dijksterhuis (2007) aanhaalt:

“Een goed voorbeeld is het nieuwe zorgstelsel in Nederland. Ineens moest iedereen actief aan de slag met het maken van een keuze (voor een nieuwe zorgverzekering, DdJ). De gedachte erachter is dat mensen actief op onderzoek uitgaan, folders gaan lezen, gaan surfen op internet, en op die manier, na veel gewik en geweeg, een keuze gaan maken. Het probleem is echter dat mensen helemaal geen zin hebben om over dit soort zaken na te denken. (...) Uit onderzoek blijkt dat achttien procent van de mensen een andere verzekeraar heeft gekozen binnen een jaar na de start van het nieuwe zorgstelsel. Dit betekent dat 82 procent van die mensen gewoon bij dezelfde zorgverzekeraar is gebleven” (p.106-107).

Dat betekent, dat de keuze voor een ziekenhuis (het gedrag) wordt beïnvloed door andere factoren. Bijvoorbeeld: een eerdere ervaring, de sociale omgeving en de attitude. Als eerste wordt het begrip attitude uitgelegd, en de relatie die de attitude heeft met gedrag: de keuze voor een ziekenhuis.

2.0 Het begrip attitude

In de sociale wetenschap wordt het begrip attitude op verschillende manieren uitgelegd. Ten eerste wordt de term attitude en evaluatie vaak door elkaar heen gebruikt. Ferguson (2007) maakt onderscheid tussen deze twee begrippen. Voor de definitie van het begrip attitude wordt vaak de definitie van Eagly & Chaiken gebruikt (1993):

“Psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favour or disfavour” (p. 220).

Deze definitie omvat het thema van een positieve of negatieve beoordeling, het thema dat in veel definities van het begrip attitude terugkomt. De term *evaluatie* refereert ook aan een positieve of negatieve beoordeling, maar is in de wetenschap veel minder strikt gedefinieerd. Tevens wordt in de wetenschap de term evaluatie een automatisch proces genoemd, dat onbewust plaatsvindt. Ferguson (2007) omschrijft het begrip evaluatie als:

“The term evaluation denotes the end-product of an evaluative process, which is necessarily on-line and does not explicitly constrain the sources of the evaluative information” (p. 221).

Het begrip attitude daarentegen omvat veel meer dan alleen een waardeoordeel. Een strikte definitie van het begrip attitude is er echter niet: wetenschappers leggen op verschillende wijzen nadruk op bepaalde invalshoeken van het begrip.

Dit onderzoek wordt uitgegaan van deze definitie van de attitude:

“Most contemporary social psychologists agree that the characteristic attribute of attitude is its evaluative nature” (Ajzen, 2005, p. 3).

“Attitude is an association in memory between an object and one’s evaluation of it. The strength of this object evaluation has some important implications for attitude-behavior processes” (Olson & Fazio, 2009, p. 20).

Het ‘object’ wordt vanaf nu in dit onderzoek een attitude-object genoemd. Ferguson (2007) definieert dit als volgt:

“Although the primary definition of the word *object* is ‘something material that may be perceived with the senses’, the use of the term in the attitude literature is based on its secondary meaning of ‘something mental or physical toward which thought, feeling, or action is directed’ ”(p. 221).

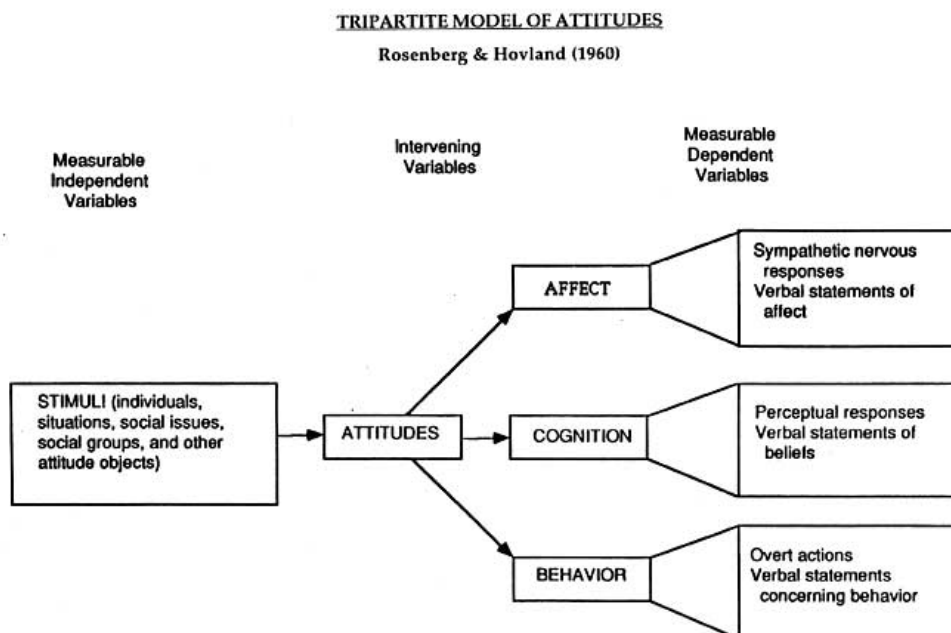
Kort samengevat: de attitude bestaat uit een beoordeling van iets, en kan invloed uitoefenen op het gedrag dat iemand vertoont. Die attitude kan op drie verschillende manieren tot uiting komen. Daarover gaat de volgende paragraaf.

2.1 Het driedimensionaal model

Er bestaan drie verschillende soorten psychologische reacties op het attitudeobject. (Breckler, 1984) Deze soorten reacties zijn weergegeven in het *tripartite model of attitude structure*. (Ook wel de Abc’s van de attitude genoemd: affect, cognition, behavior) Dit model onderscheidt de volgende reacties:

- Een affectieve reactie: dat is de emotionele reactie op het attitude-object (plezierig-onplezierig)
- Een cognitieve reactie: gedachten en opvattingen over het attitude-object (positieve-negatieve argumenten)
- Een conatieve (gedragmatig) reactie: dat zijn de handelingen of ander observeerbaar gedrag dat wordt veroorzaakt door het attitude-object (beschermen-vernietigen)

Op de volgende bladzijde staat een schematische weergave van dit model.



Source: University of Minnesota, 2007

Ajzen (2005) noemt een voorbeeld van een attitude waarin deze drie reacties plaatsvinden: iemand voelt zich onprettig in een ziekenhuis (affectief) maar is tegelijkertijd overtuigd van de kunde van de artsen (cognitief). Wanneer hij akkoord gaat met een operatie, komt er tevens een conatief component van de attitude in beeld. Niet ieder onderdeel is overigens in elke attitude (evenredig) vertegenwoordigd. Iemand's attitude over zijn geliefde bijvoorbeeld, zal meer affectieve aspecten bevatten dan cognitieve (Bohner & Wänke, 2002).

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden –om welke redenen patiënten voor het Erasmus MC kiezen– wordt vooral gekeken naar de affectieve en cognitieve reactie op het attitudeobject. De conatieve reactie is van minder groot belang, doordat het gedrag –de keuze voor het ziekenhuis– immers al is vertoond.

2.2 Impliciete versus expliciete attitude

Deze affectieve, cognitieve en conatieve reacties op het attitudeobject kunnen variëren van observeerbaar gedrag (zoals het vermijden of juist benaderen van het object) expliciet uitgesproken meningen (voor of tegen een attitudeobject zijn) tot verborgen reacties, die onbewust plaatsvinden. (Schwartz, 2008) Die onbewuste attitude wordt ook wel omschreven als:

“Implicit attitudes are viewed as automatic evaluations for which people are unaware of what the attitude is, or where it comes from, of what effects it has” (Petty, Fazio, Briñol, 2009, p. 8).

“Introspectively unidentified (or inaccurately identified) traces of past experience that mediate favourable or unfavourable feeling, thought, or action toward social objects” (Greenwald, Banaji, 1995, p. 8).

In het driedimensionale model wordt geen onderscheid gemaakt tussen impliciete en expliciete attitudes. Expliciete attitudes zijn echter vaker gebaseerd op cognitieve aspecten, terwijl impliciete attitudes eerder een affectieve basis hebben (Olson & Kendrick, 2008). Volgens Olson & Fazio (2009) resulteren deze verschillende attitudes ook in verschillende soorten gedrag, namelijk:

(...) It is the view that implicit attitudes predict automatic behavior and explicit attitudes predict controlled behavior" (p. 53).

Bargh (1997) beschrijft automatische processen als volgt:

"Much of everyday life – thinking, feeling, and doing- is automatic in that is driven by current features of the environment (i.e., people, objects, behaviors of others, settings, roles, norms, etc.) as mediated by automatic cognitive processing of those features, without any mediation by conscious choice of reflection" (p. 2).

3.0 Attitudeonderzoek

Ontdekken welke attitude iemand heeft over een bepaald onderwerp is niet gemakkelijk. Gedrag is soms gemakkelijk observeerbaar; maar impliciete attitudes zijn slecht toegankelijk en moeilijk op te sporen. Ajzen (2005) vergelijkt het met het meten van een impliciet persoonlijkheidskenmerk: de mate waarin een persoon als extravert bestempeld kan worden. Dat kan door expliciete uitingen van de persoon te meten, zoals het aantal gesprekken dat hij dagelijks heeft of de hoeveelheid vrienden. Door te onderzoeken of de persoon oogcontact maakt of hoeveel afstand hij houdt van zijn gesprekspartner. Maar ook fysiologische reacties, die onbewust plaatsvinden, kunnen deel uitmaken van het onderzoek: gaat het hart sneller kloppen of stijgt de bloeddruk sterk tijdens een gesprek?

De meeste van deze observaties zijn tijdrovend en intensief. Gemakkelijker is het dus om het oordeel over het persoonlijkheidskenmerk te leggen bij de persoon. Als die zichzelf als extravert beoordeelt, zal het ook zo zijn. Desondanks zijn er redenen om aan te nemen dat zelfrapportage van persoonlijkheidskenmerken, dan wel attitudes en gedrag niet betrouwbaar is.

Mensen hebben over het algemeen weinig moeite om hun gedrag te verklaren. 'Honger' is de reden waarom men een broodje koopt, en 'veiligheid' de reden waarom men kiest voor een Volvo. Generaties lang hebben psychologen vertrouwd op de verklaringen die mensen zelf gaven voor hun gedrag. Die geven niet altijd een betrouwbaar beeld van de werkelijkheid. In de praktijk blijkt gedrag vooral gebaseerd te zijn aspecten van de attitude die onderbewust en moeilijk toegankelijk zijn (Harreveld & Pligt, 2003).

Deze aspecten bestaan geheel of gedeeltelijk uit herinneringen, die een algemene attitude vormen. Attitude-informatie afkomstig uit het geheugen is vaak onbetrouwbaar en subjectief. Fishbein & Ajzen (2010) stellen dat hoe langer geleden het gedrag plaatsvond, hoe onbetrouwbaarder de verklaringen voor het gedrag zijn.

Sommige wetenschappers menen dat als mensen nadenken over de redenen voor hun attitude, dit de gehele attitude kan veranderen (Harreveld & Pligt, 2003).

Dijksterhuis (2007, p. 116-117) beschrijft in zijn toegankelijke boek, bedoeld voor een breed publiek:

“Als je nadenkt, ga je (deels) andere argumenten gebruiken dan de argumenten die je zonder nadenken zou gebruiken, en die argumenten kunnen leiden tot een slechtere keuze. (...) veel nadenken leidt ertoe dat argumenten die verbaliseerbaar zijn, belangrijker gemaakt worden dan ze in feite zouden moeten zijn.”

3.1 Voorwaarden voor betrouwbare zelfreflectie

Is het daarom maar beter om mensen geen uitspraken te laten doen over hun attitude en gedrag? Integendeel. Er zijn verschillende manieren om zelfreflectie op attitude en gedrag zo betrouwbaar en ongekleurd mogelijk te meten. Fishbein & Ajzen (2010) stellen bijvoorbeeld dat respondenten gemotiveerd moeten worden om de waarheid te vertellen. Dat kan bijvoorbeeld door anonimiteit te garanderen, en respondenten te overtuigen dat het van groot belang is dat de vragenlijsten naar waarheid worden ingevuld. Met voorzorgsmaatregelen als deze is zelfrapportage van gedrag minstens zo betrouwbaar als directe observatie.

Voor dit onderzoek is echter vooral de intentie van belang. Het geplande gedrag – de keuze voor een ziekenhuis – is immers al vertoond. Volgens Sutton (1998) is het zelfs effectiever om de intentie te meten, nadat het geplande gedrag is vertoond. Wanneer respondenten hun eigen intentie beoordelen, is het belangrijk dat respondenten vlug en adequaat de vragen beantwoorden. Daarnaast stellen Harreveld & Pligt (2003, p.667) dat

“Attributes people select as important are not only adequate in predicting their overall attitudinal judgment and behavior, they are also more accessible and more easily retrieved from memory.”

4.0 De oorsprong van de attitude

De relatie tussen attitude en gedrag is beter uit te leggen wanneer duidelijk wordt hoe een attitude tot stand komt en waardoor deze wordt beïnvloed.

4.1 Cognitieve oorsprong

Een individu dat informatie leest over veilig vrijen, kan op basis van die informatie een overtuiging, een *belief*, vormen dat veilig vrijen bijvoorbeeld beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. In dat geval leiden rationele argumenten tot een bepaalde voorkeur of afkeer tegen een attitudeobject.

Het *expectancy-valuemodel* van Fishbein en Ajzen is een van de meest bekende modellen dat deze cognitieve oorsprong van de attitude weergeeft. Het model beschrijft welke informatie de mens gebruikt en hoe deze informatie wordt ingezet om een attitudeobject te evalueren. Het model stelt dat de attitude een uitkomst is van verschillende beliefs (Olson & Kendrick, 2008). Deze beliefs worden gevormd door verschillende associaties die het attitudeobject oproept. Die associaties, al dan niet

positief gewaardeerd (value) en de verwachting (expectancy) dat deze associaties reëel zijn, vormen automatisch een attitude over het object (Ajzen & Cote, 2008). Dit model is verwerkt in de *theorie van gepland gedrag*, die later wordt besproken.

4.2 Affectieve oorsprong

Attitudes kunnen ook worden gevormd op basis van gevoelens: emotionele reacties op een attitudeobject. Bijvoorbeeld: een individu dat bang is om een geslachtsziekte op te lopen, zal hierdoor een positieve attitude ontwikkelen ten opzichte van veilig vrijen. Er zijn drie verschillende processen die leiden tot attitudes gebaseerd op affectie, namelijk:

- Operante conditionering: een bepaalde respons neemt toe bij een positieve bekrachtiging, maar neemt af als deze respons wordt bestraft. Als interactie met het attitudeobject resulteert in een positieve emotionele respons, zal het gehele attitudeobject positiever worden beoordeeld. Uit een studie bleek dat bevestigende feedback tijdens een interview over een bepaald attitudeobject resulteert in een positievere algemene attitude.
- Klassieke conditionering: in tegenstelling tot operante conditionering gaat deze vorm niet over de reactie op een attitudeobject. Een neutraal object wordt gekoppeld aan een reeds positief of negatief geëvalueerd object. Bijvoorbeeld: onderzoekers toonden aan dat twee willekeurige namen positief of negatief werden beoordeeld doordat ze gekoppeld werden aan positieve of negatieve bijvoeglijke voornaamwoorden.
- Mere exposure: hoe meer bekend een individu met het attitudeobject is, hoe positiever de attitude. Bijvoorbeeld: een onderzoek naar Chinese tekens en Turkse woorden wees uit dat de voorkeur van proefpersonen uitging naar de woorden en symbolen die vaker werden herhaald dan andere (Olson & Kendrick, 2008).

4.3 Conatieve oorsprong

Attitudes worden gevormd door gedachten en opvattingen over het attitudeobject of door de emotionele reactie bij benadering van het object. In sommige situaties, wanneer de interne reacties op het attitudeobject te zwak zijn om een attitude te vormen, kan de attitude worden gevormd op basis van eerder vertoond gedrag in relatie tot het attitudeobject. Bijvoorbeeld: iemand die geen duidelijke mening over veilig vrijen heeft, noch een mening die gevormd is door een emotionele reactie, kan doordat hij condooms gebruikt, concluderen dat hij een positieve attitude heeft over veilig vrijen. Dit wordt het proces van zelfperceptie genoemd. Het gedrag wordt geëvalueerd zoals ook een buitenstaander zou kunnen doen. De attitude wordt consistent gemaakt met het gedrag dat eerder is vertoond (Olson & Kendrick, 2008).

4.4 Genetische oorsprong

Sommige biologische eigenschappen kunnen invloed hebben op de attitude. Sommige attitudes zijn in hoge mate erfelijk: de attitude over de doodstraf, jazz en politiek bijvoorbeeld, blijken in hoge mate erfelijk te zijn, evenals het *belief* dat iemand heeft over de belangrijkheid van religie. Dit in

tegenstelling tot andere attitudes die niet erfelijk zijn: de attitude over de betrouwbaarheid van de Bijbel bijvoorbeeld, evenals de mate waarin iemand vaderlandslievend is (Olson & Kendrick, 2008).

“Although these findings are provocative, they beg for an explanation. The question of why some attitudes appear more heritable than others had not been addressed by searching for some elusive ‘jazz gene’, but by attempting to link heritable attitudes to other physical and personality variables (e.g.: intelligence, extroversion) that are known to have genetic components. For example: given that our physiques are largely determined by genetics, it seems reasonable that a preference for certain kinds of physical activities (e.g., certain sports) would follow. Similarly, intelligence is somewhat genetically determined, and might reasonable be linked to certain attitudes (e.g., toward academic achievement” (Olson & Kendrick, 2008, p.122).

Zintuiglijke waarneming en lichamelijke processen kunnen mogelijk de smaak en voorkeur sturen voor bepaalde soorten voedsel, muziek of activiteiten. Mogelijk is er geen directe link tussen genen en attitudes. Genen blijken echter indirect, op verschillende manieren relevant voor de attitude (Olson & Kendrick, 2008).

4.5 De eerste ervaring

Eerdere ervaringen met een bepaald object kunnen ook de attitude vormen. Fazio en Zanna (1978) onderscheiden twee soorten: de ene is door directe interactie (gedrag) met het attitudeobject, de andere door een indirecte ervaring (geen gedrag) met een attitudeobject.

“For example: a young child may develop an attitude toward a new toy as he plays with that toy (direct experience). However, the child may also develop an attitude toward that toy on the basis of a friend’s or an advertisement’s description of that toy (indirect experience)” (Fazio & Zanna, 1978, p. 230).

Deze attitudes, op basis van eigen ervaring, zijn ook sterker dan de attitudes gebaseerd op observatie of indirecte ervaring. Bijvoorbeeld: personen die een bepaald soort pindakaas hebben geproefd, veranderen minder snel van gedachten dan personen die hun attitude baseren op geschreven informatie (Olson & Kendrick, 2008). Sterke attitudes, gebaseerd op directe ervaringen, zijn ook betere voorspellers van gedrag. Aangenomen wordt, dat dit komt doordat deze attitudes gemakkelijker worden onthouden, helder en duidelijk zijn en standvastig gehanteerd (Wu & Shaffer, 1987).

5.0 De attitude en de relatie met gedrag

Vanuit intuïtieve logica lijkt het waarschijnlijker dat een altruïstisch mens eerder een bejaarde helpt met oversteken dan een egoïstisch individu. Een patiënt met een positieve attitude over het Erasmus MC ook daadwerkelijk het Erasmus MC bezoekt als hij naar een ziekenhuis toe moet. Desondanks geeft niet elk gedrag een juiste indicatie van de attitude. En omgekeerd, leidt een positieve attitude niet automatisch tot passend gedrag.

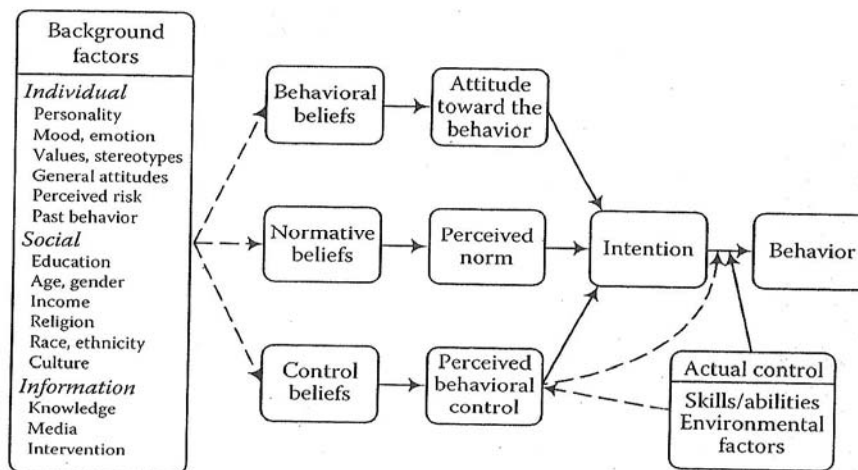
“It is unreasonable to expect any single behavior to be representative of a broad attitudinal domain” (Ajzen & Cote, 2008, p.298).

Attitudes over een breed onderwerp, bijvoorbeeld over discriminatie, worden algemene attitudes genoemd. Dat zijn volgens Ajzen (2005) evaluaties die geen specifieke informatie over bijvoorbeeld context of tijdsaanduiding bevatten. Ze duiden slechts op een positieve dan wel negatieve houding. Deze attitude is een slechte voorspeller van gedrag, maar wordt een betere voorspeller als deze specifiek wordt geformuleerd.

Sutton (1998) gebruikt als voorbeeld een onderzoek naar de intentie van rokers om met oud en nieuw te stoppen met roken. Als de intentie positief is, en de roker stopt daadwerkelijk met roken, dan is de kans aanwezig dat een positieve intentie een grote rol speelde bij het stoppen met oud en nieuw. Het stoppen is echter niet veroorzaakt door de intentie om in de komende vijf jaar te stoppen met roken, en de intentie zegt ook niets over de kans dat de roker misschien wel stopt over vijf jaar.

6.0 De theorie van gepland gedrag

Volgens de theorie van gepland gedrag is de intentie de beste voorspeller van gedrag. Deze intentie, de indicatie van de bereidheid om bepaald gedrag uit te voeren, wordt gevormd door verschillende beliefs. Deze beliefs zijn cognitief: de gedachten en opvattingen die iemand heeft over het attitudeobject. Sommige van deze beliefs refereren goed aan de werkelijkheid. Vaak zijn ze echter ook irrationeel en niet gebaseerd op de realiteit (Ajzen & Cote, 2008). Onderstaand schema geeft de kern van de *theorie van gepland gedrag* van Ajzen en Fishbein weer.



Source: Ajzen & Fishbein, 2010

Een belangrijke voorwaarde echter voor de intentie als voorspeller van het gedrag: mensen moeten *actual control* hebben over het gedrag. Om gedrag goed te kunnen voorspellen, moet dus niet alleen worden gekeken naar de intentie (Fishbein & Ajzen, 2010).

6.1 De definitie van gepland gedrag

Deze theorie heet niet voor niets de theorie van *gepland* gedrag. Het is volgens Fishbein & Ajzen (2010) een veelvoorkomend misverstand dat er altijd een bewuste intentie voorafgaat aan gedrag.

“The fact that evaluative processes can occur without the perceiver’s intention, awareness or control, has led to their characterization as automatic” (Ferguson, 2007, p. 219).

Dit onderzoek wordt uitgegaan dat de keuze van een ziekenhuis gepland gedrag is, dat bewust wordt vertoond. Een bezoek aan het ziekenhuis is niet iets dat regelmatig voorkomt; voor de deelnemers uit de onderzoeksgroep in elk geval niet. Dat wil niet zeggen dat iedere nieuwe patiënt dan ook verschillende alternatieven overweegt en op basis daarvan een keuze maakt.¹³

6.2 Beliefs

In het model van de theorie is te zien, dat op basis van verschillende achtergrondfactoren *beliefs* worden gevormd. Fishbein & Ajzen (2010) onderscheiden drie verschillende soorten:

- Behavioral beliefs, gebaseerd op de inschatting van mogelijk positieve dan wel negatieve consequenties van het gedrag. Deze verwachting vormt de attitude over de persoonlijke uitvoering van het geplande gedrag: met een positieve of negatieve evaluatie tot gevolg.
- Normative beliefs, die worden gevormd op basis van de verwachting dat belangrijke personen of groepen in hun leven het geplande gedrag af- of goedkeuren. Deze gedachten produceren een perceived norm: dat is de sociale druk die men ervaart om het gedrag al dan niet uit te voeren.
- Control beliefs, die worden gevormd uit persoonlijke- en omgevingsfactoren, die al dan niet om het geplande gedrag ondersteunen. De control beliefs resulteren in enerzijds een hoog of laag gevoel van *self-efficacy* of *perceived behavioral control*. Wanneer de control beliefs meer faciliterende dan verhinderende factoren identificeren, is de waargenomen controle over het gedrag hoog: iemand acht zichzelf goed in staat om het geplande gedrag uit te voeren.

De normatieve beliefs, de goedkeuring van anderen, is belangrijk in de totstandkoming van de attitude. Omdat dit onderzoek voor een deel ook gaat over de invloed van anderen op de keuze voor een ziekenhuis, wordt nu aandacht besteed aan de sociale omgeving en de relatie met de attitude en het gedrag van een individu.

7.0 De sociale norm

De theorie van gepland gedrag stelt dat de intentie gedeeltelijk wordt gevormd door de invloed van personen en groepen in de sociale omgeving. Die invloed bestaat enerzijds uit *sociale normen*, volgens Cialdini & Trost (1998, p. 152):

“Rules and standards that are understood by members of a group, and that guide and/or constrain human behavior without the force of laws”

¹³ Zie theoretisch kader 1.0: beter geïnformeerd, betere keuze? pagina 18

Deze definitie wordt nogal eens verkeerd begrepen (Schultz et al, 2008). Sociale normen zijn de geldende regels, *normatieve normen* zijn de waarnemingen zoals een individu ze beleeft. Wanneer een student denkt dat al zijn medestudenten elk weekend dronken zijn, is dit zijn normatieve norm. In de realiteit drinkt echter maar een klein deel van zijn medestudenten veel; dat is de informatieve of sociale norm. Normatieve normen refereren aan perceptie en niet aan realiteit.

Volgens Smith & Hogg (2008) ontdekten vroege, invloedrijke sociaal psychologen (Sherif, 1936) (Asch, 1952) al dat attitudes en de sociale omgeving onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Desondanks wordt er weinig aandacht besteed aan de wisselwerkingen tussen deze twee.

“The social psychological study of attitudes almost universally adopts a conceptualization of attitudes as intraindividual processes (...) What is missing, or underemphasized in all this that our attitudes are rarely idiosyncratic – more often than not they are grounded in the groups we belong to and they serve to define and proclaim who we are in terms of our relationships to others who are members of the same of different groups” (Smith & Hogg, 2008, p. 337).

Zij ontkennen niet dat attitude een cognitief proces is (zoals dat volgens de theorie van gepland gedrag het geval is, met de sociale norm op de achtergrond) maar pleiten voor meer aandacht voor de sociale omgeving in attitudeonderzoeken.

Zodra mensen zich in een sociale groep (zoals een etnische of een religieuze groep) bevinden, verzamelen zij overeenkomsten en verschillen tussen zichzelf, de groepsleden en de leden buiten de groep (Smith & Hogg, 2008). Dat kan te maken hebben met hoe men zich kleedt of gedraagt, maar ook met de attitudes die zij hebben. De perceptie van deze groepsnormen, de normatieve normen, zijn zoveel mogelijk consistent met elkaar en afgestemd op de andere groepsleden.

7.1 De sociale omgeving

Voor dit onderzoek is de sociale omgeving verdeeld in non-professionals en experts. De non-professionals worden ook wel de *attractive sources* genoemd, die bepaalde overeenkomsten met elkaar hebben:

“Source attractiveness has traditionally been viewed as having three interrelated aspects: familiarity, similarity, and liking” (Maddux & Rogers, 1980, p. 237)

In dit onderzoek wordt de partner, familieleden, vrienden en ervaringsdeskundigen, beschouwd tot attractive sources. De definitie van een expert source luidt als volgt:

“An expert has traditionally been defined as a source of valid assertions, one who knows the correct stand on an issue, or one whose statements have been verified empirically (Maddux & Rogers, 1980, p. 236)

In dit onderzoek valt de verwijzer (huisarts, specialist) en de zorgverzekeraar onder de experts.

7.2 De invloed van de sociale omgeving

De hypothese is, dat informatie afkomstig van non-professionals hoger wordt gewaardeerd dan adviezen van professionals. Dit wordt bevestigd in de volgende theorie:

“Recommendations from non-professionals often outweigh advice from authoritative sources” (Huppertz & Carlson, 2010, p. 1603).

Dat de invloed van een non-professionele bron soms veel groter kan zijn dan die van een expert, blijkt wel uit de mislukte vaccinatiecampagne voor baarmoederhalskanker, twee jaar geleden. Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) was dat mede te wijten door de verspreiding van foutieve informatie over deze vaccinatie, onder meer gecommuniceerd door lekenbronnen.

“Het RIVM wijt de lage opkomst onder meer aan de 'indianenverhalen' die rondgaan over de vaccinaties en roept mensen op hun keuze te baseren op informatie die is gestoeld op feiten” (Author Unknown, 2009).

8.0 De theorie van self-monitoring

Sociale interactie speelt een belangrijke rol in de vorming van de attitude en gedrag. Volgens Snyder (1974) passen mensen hun gedrag op de ander aan, zodat het correct wordt geïnterpreteerd door die ander. Zij kunnen dat bijvoorbeeld doen door bepaalde stem- en gezichtsuitdrukkingen te gebruiken. Volgens sommige sociale wetenschappers is deze controle over verbale en non-verbale uitingen een voorwaarde voor een goed verloop van sociaal en interpersoonlijk functioneren. Sociale interactie bestaat uit verbaal en non-verbaal gedrag, dusdanig gemanaged dat het aansluit op elkaar en de huidige situatie.

Dit is gerelateerd aan imitatie, dat door Dijksterhuis & Bargh (2001) als voorwaarde wordt genoemd voor goede sociale interactie. Mensen hebben de neiging om elkaar constant te imiteren. Mensen gaan geeuwen wanneer anderen dat doen, gaan langzamer lopen in de aanwezigheid van ouderen, fietsen sneller als ze de Tour de France hebben gezien op tv, gaan harder praten als anderen dat ook doen:

“Human beings have a fundamental “need to belong” (Baumeister & Leafy, 1995; Caporael, Dawes, Orbell, & van der Kragt, 1989; Leary & Baumeister, 2000). They do not want to be the odd one out; instead, they need to be accepted and they need to be liked. As some of the evidence reviewed before shows, imitation certainly leads to greater cohesion and to greater liking. It makes our social interactions simply go more smoothly and without as many conflicts. So a system that allows automatic imitation, that is, a system that translates perception into corresponding behavior, helps us to fulfil an enormously important social need” (Dijksterhuis, Bargh, p.33).

Om het gedrag in overeenstemming te laten zijn met de huidige situatie en omgeving, is bewustzijn nodig van de interpretatie van de ander, een wens om sociale goedkeuring te verkrijgen en bovendien: een serie tactieken en strategieën om het gedrag aan te passen (Snyder, 1974).

“Perhaps some individuals have learned that their affective experience and expression are either socially inappropriate or lacking. Such people may *monitor* (observe and control) their self-presentation and expressive behaviour” (Snyder, 1974, p. 527).

Snyder vervolgt:

“The self-monitoring individual is one who, out of a concern for social appropriateness, is particularly sensitive to the expression and self-presentation of others in social situations and uses these cues as guidelines for his own self-presentation” (Snyder, 1974, p. 528).

Deze vorm van monitoring, vanaf nu self-monitoring genoemd, wordt gestuurd door het gedrag van vergelijkbare personen in dezelfde situatie. Dat wil zeggen: personen die voor een bepaalde situatie geschikt gedrag vertonen, fungeren als rolmodel voor de self-monitors (die onzeker zijn over het juiste te vertonen gedrag). Een concreet voorbeeld: een self-monitor is eerder geneigd te lachen om een komische film in gezelschap van vrolijke vrienden, dan wanneer hij de film alleen kijkt. (Snyder, 1974)

8.1 Low versus high self-monitors

De vorige paragraaf gaf een korte omschrijving van de self-monitor: het individu dat het eigen gedrag spiegelt aan dat van anderen. Snyder (1974) noemt dit een high self-monitor: een self-monitor met een *high need for approval*. Deze mensen zijn het eens met stellingen als: ‘In verschillende situaties en met verschillende mensen, gedraag ik me vaak op verschillende manieren’ (Watt, Maio, Haddock, Johnson, 2008).

Snyder onderscheidt nog een ander soort self-monitor: een low self-monitor met een *low need for approval*. Deze low self-monitor stemt in met stellingen als: ‘Mijn gedrag is normaalgesproken een correcte weergave van mijn innerlijke gevoel, attitude en overtuigingen’ (Watt et al, 2008). De low self-monitor voldoet aan de volgende kenmerken:

“The non-self-monitoring person has little concern for the appropriateness of his presentation and expression, pays less attention to the expression of others, and monitors and controls his presentation to a lesser extent. His presentation and expression appear to be controlled from within by his experience rather than by situational and interpersonal specifications of appropriateness” (Snyder, 1974, p. 536).

8.2 Kwantitatieve informatie en de informele informatie

Snyder en DeBono onderzochten de effecten van reclameboodschappen op deze twee soorten individuen. De hypothese is dat high self-monitors ontvankelijker zijn voor overtuigende boodschappen (zoals advertenties) die inspelen op de associatie en het imago (*soft sell*). Low self-

monitors daarentegen zouden eerder te beïnvloeden zijn wanneer de focus ligt op kwantitatieve, concrete feiten, zoals de kwaliteit van het product, ligt (*hard sell*).

“High self-monitors showed more preference for brands that were presented using advertisements that targeted image, whereas low self-monitors showed more preference for brands that were presented in advertisements that presented quality” (Watt et al, 2008, p. 197).

Maar, enige voorzichtigheid met deze conclusies is van belang. De voorkeur van een high self-monitor voor een op imago georiënteerde advertentie, kan ook worden veroorzaakt door een aversie tegen andere soorten reclames. De voorkeur van een low self-monitor voor een advertentie gebaseerd op feiten, sluit niet uit dat de associatieve reclame hem ook aanspreekt. (Snyder & DeBono, 1985)

De advertenties uit het onderzoek van Snyder & DeBono (1985) gingen over producten zoals sigaretten, koffie en whisky. Daarom is een nog grotere voorzichtigheid geboden tussen de mogelijke overeenkomst met een complexe gebeurtenis als de keuze voor een ziekenhuis.

De ranglijsten zijn echter wel een duidelijk voorbeeld van kwantitatieve informatie: ze bestaan uit concrete, meetbare gegevens. Voor dit onderzoek is deze theorie interessant om te onderzoeken hoe de onderzoeksgroep deze informatie waardeert. Echter, Snyder & DeBono (1985) vergelijken kwantitatieve informatie met imago-georiënteerde informatie. Waarschijnlijk is imago, en informatie daarop gericht, onbelangrijk in de keuze voor een ziekenhuis.

Daarom is gekozen voor een ander soort informatie, zoals geformuleerd in de hypothese:

“Studies of consumer decision making reveal that people often rely on informal, qualitative information from friends, relatives, and acquaintances when making choices among health care providers or health plans” (Huppertz & Carlson, 2010, p. 1603).

De kwantitatieve informatie afkomstig van de rankings, zal worden vergeleken met kwalitatieve informatie, zoals persoonlijke ervaringen en anekdotes.

De groep die niet zelf heeft gekozen voor het Erasmus MC, kiest vooral voor een goede bereikbaarheid als belangrijkste reden om naar een bepaald ziekenhuis te gaan. Deskundigheid en kwaliteit worden minder belangrijk gevonden.

3.0 De eerste ervaring

Aan patiënten is gevraagd of zij eerder in het Erasmus MC zijn geweest, hoe lang dat geleden is, hoe deze ervaring is gewaardeerd en of deze ervaring belangrijk is geweest voor de huidige keuze voor het Erasmus MC.

Van de ondervraagden die zelf kozen voor het Erasmus MC hebben 29 personen (63%) een eerdere ervaring met het Erasmus MC, tegenover vijftien personen (32%) die nog niet eerder in het Erasmus MC zijn geweest.

Deze eerdere ervaring wordt beoordeeld met gemiddeld een 8.4. Een meerderheid (37%) van de ondervraagden die eerder in het Erasmus MC patiënt is geweest, geeft aan dat deze ervaring belangrijk was voor de beslissing om weer naar het Erasmus MC te gaan en 17% beoordeelt deze ervaring als heel belangrijk. Een minderheid vindt deze ervaring heel onbelangrijk (17%) tot onbelangrijk (10%).

Bij de personen die niet zelf kozen, speelde de eerdere ervaring in principe geen rol in de beslissing voor het Erasmus MC: de verwijzer koos immers voor hen. Deze groep is desondanks wel gevraagd naar eerdere ervaringen en de waardering hiervan : de helft (51%) is nog niet eerder in het Erasmus MC patiënt geweest. De groep die wel ervaring heeft, (35%) waardeert de eerdere ervaring gemiddeld met een 8.2.

4.0 Het raadplegen van informatie

Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd of zij voor hun afspraak in het Erasmus MC informatie hebben opgezocht over het Erasmus MC.

Van de patiënten die zelf kozen, hebben negentien patiënten (41%) informatie opgezocht, tegenover 26 (56%) patiënten die dat niet deden. Vijftien deelnemers (78%) gebruikten daarvoor internet. Zij zochten voornamelijk praktische informatie (42%), over locatie en contactgegevens bijvoorbeeld, en inhoudelijke informatie over hun aandoening (42%). Drie patiënten (15%) zochten informatie over de kwaliteit van het Erasmus MC vergeleken met andere ziekenhuizen. Twee patiënten (10%) zochten andere informatie: over religieuze gebruiken bijvoorbeeld.

De gevonden informatie werd door elf personen (57%) gescoord als belangrijk in de keuze voor het Erasmus MC. Een kleine minderheid (10%) vond de informatie heel belangrijk, een zelfde aantal (10%) vond de informatie heel onbelangrijk.

Een kleine minderheid (9%) van de respondenten die zelf koos voor het Erasmus MC heeft ook informatie opgezocht over andere ziekenhuizen. De gezochte informatie had betrekking op praktische zaken en inhoudelijk op de aandoening van de patiënt.

Van de ondervraagden die niet zelf konden kiezen voor het Erasmus MC, hebben negen patiënten (29%) informatie opgezocht over het Erasmus MC. Het merendeel (88%) gebruikte daarvoor internet. Het meeste zocht men naar praktische informatie over het Erasmus MC, op de voet gevolgd door informatie over de aandoening. Een minimaal deel zocht informatie over de kwaliteit van het Erasmus MC vergeleken met andere ziekenhuizen.

Van de ondervraagden die niet konden kiezen voor het Erasmus MC, heeft slechts één persoon informatie ingewonnen over een ander ziekenhuis. Het ging in dit geval om informatie over de aandoening.

5.0 De rankings

Van de ondervraagden die zelf hebben gekozen voor het Erasmus MC, zijn er 33 (71%) niet op de hoogte van het bestaan van de 'ziekenhuis top 100' van het Algemeen Dagblad, noch van de lijst 'beste ziekenhuizen' van het weekblad Elsevier.

Zeven deelnemers (15%) zijn wel bekend met de ziekenhuis top 100 van het AD, zes (13%) deelnemers zijn bekend met de lijst beste ziekenhuizen volgens Elsevier.

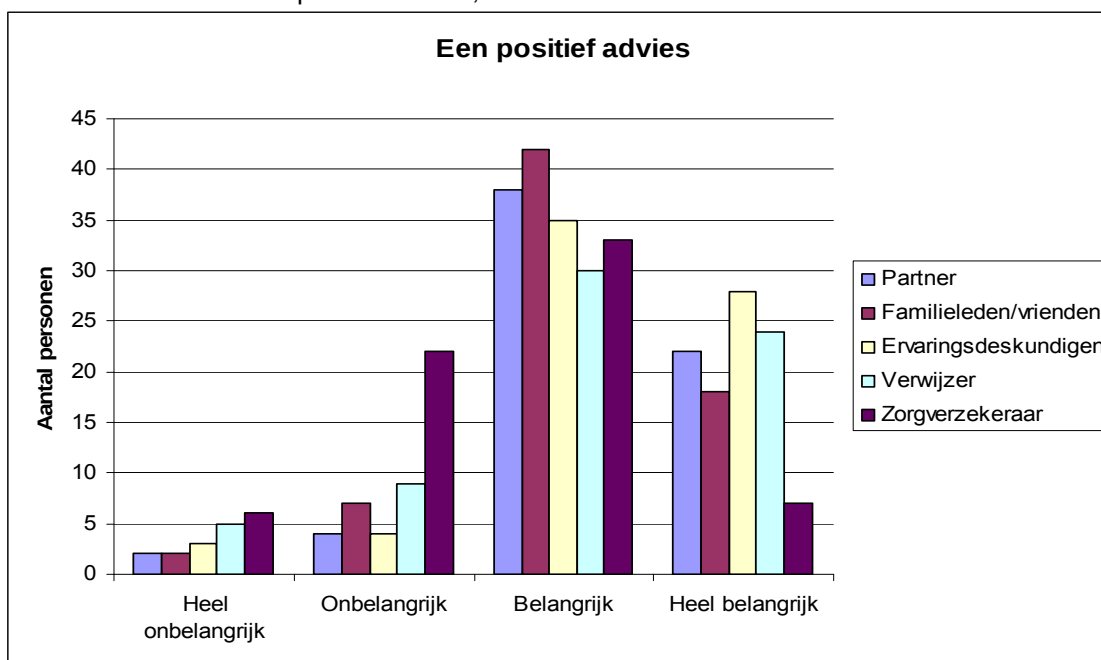
De meerderheid van deze personen (57%) vindt de informatie van de AD-ranglijst onbelangrijk voor hun beslissing om naar het Erasmus MC te gaan. Twee deelnemers (29%) vinden de informatie heel onbelangrijk, één deelnemer waardeert de informatie als belangrijk. Bij de lijst van Elsevier is dit beeld niet heel anders: vier deelnemers (66%) waarderen de informatie uit deze lijst als onbelangrijk voor hun beslissing om naar het Erasmus MC te gaan, één vindt de informatie heel onbelangrijk tegenover één persoon die de informatie belangrijk vindt.

De vraag of zij andere tijdschriften, websites en dergelijke, die ziekenhuizen met elkaar vergelijken kennen, beantwoordt het grootste deel (85%) van deze groep ontkennend. Een van de ondervraagden noemt website www.kiesbeter.nl, een andere deelnemer kreeg via de zorgverzekeraar informatie over de beste ziekenhuizen. Deze informatie van de verzekeraar werd belangrijk gevonden, de informatie van de website www.kiesbeter.nl wordt onbelangrijk gevonden in de keuze voor het Erasmus MC.

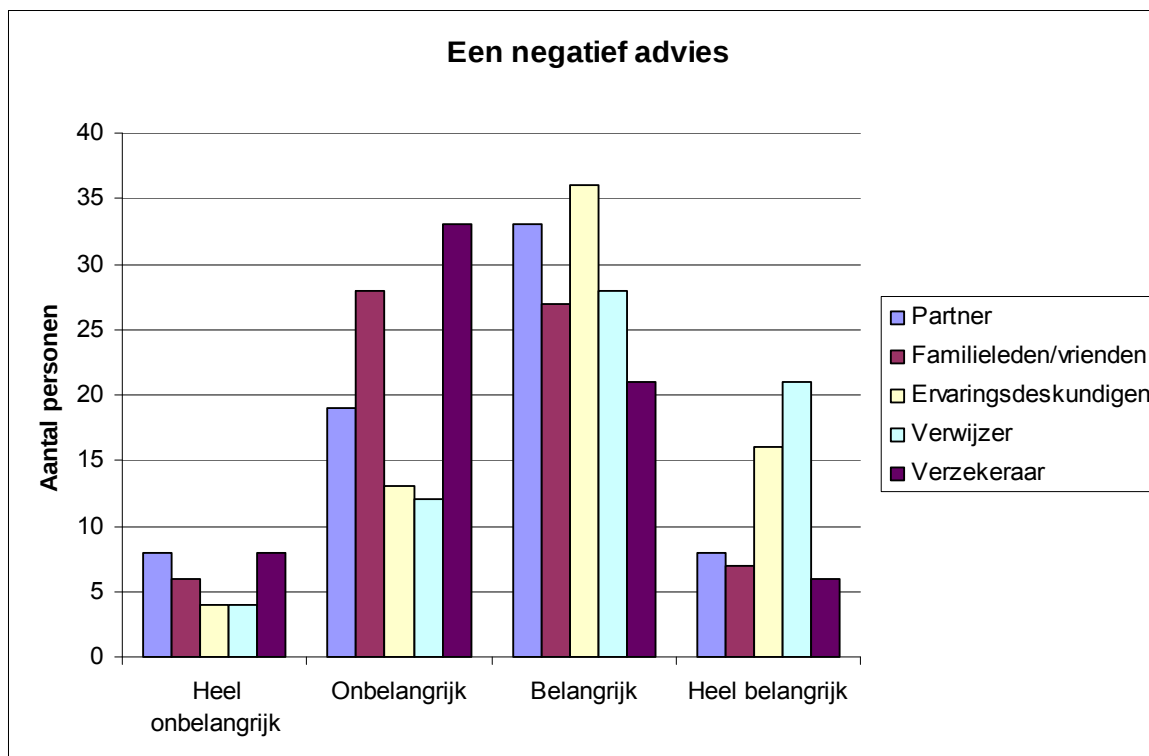
Ook bij de deelnemers die niet zelf hebben gekozen is gevraagd naar de ranglijsten. Van deze groep zijn zes patiënten (20%) bekend met de AD-ranglijst, vier (13%) weten van het bestaan van de Elsevier-ranglijst. Twintig personen (64%) geven aan niet bekend te zijn met deze lijsten.

6.0 De sociale omgeving

De deelnemers is gevraagd hoe belangrijk men het advies van anderen vindt. Deze adviezen zijn verdeeld in positieve en negatieve adviezen. Onderstaande tabel laat zien hoe belangrijk men het advies van verschillende personen vindt, wanneer deze het Erasmus MC aanraden.

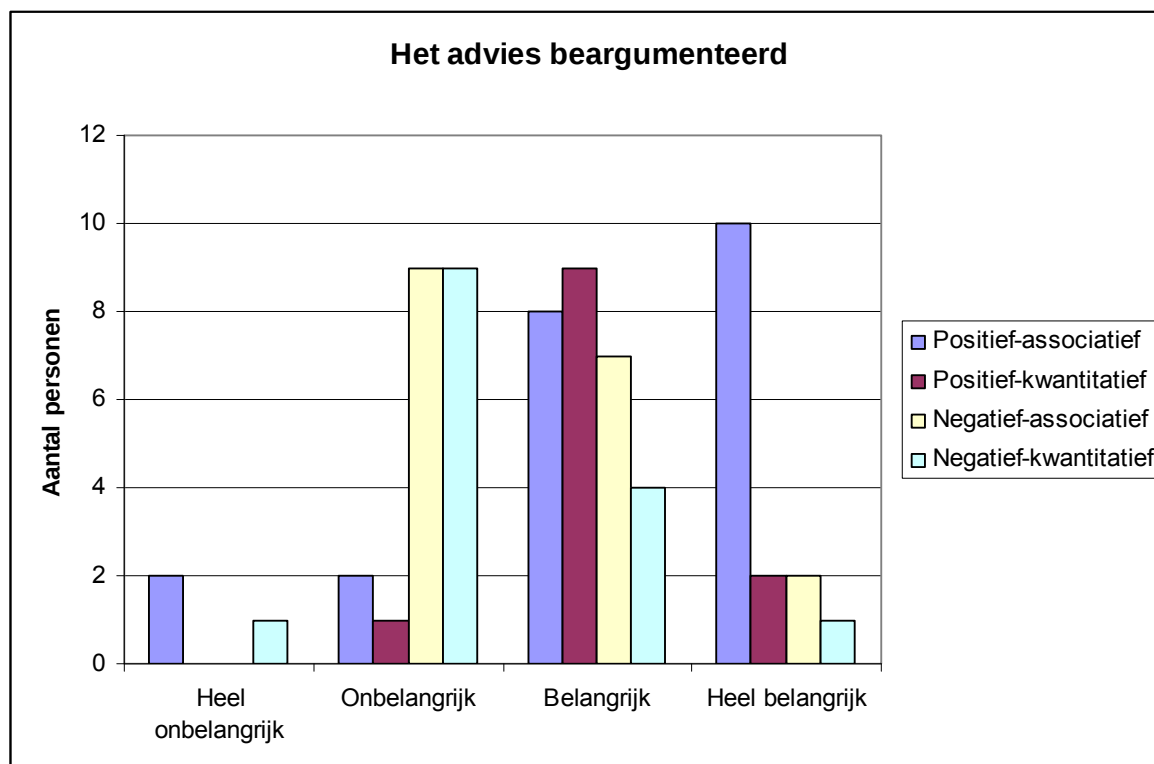


De volgende tabel gaat over een negatief advies (afraden) en de belangrijkheid hiervan voor de onderzoeksgroep.



7.0 Het advies inhoudelijk: kwantitatief of associatief?

Positieve adviezen worden aanzienlijk belangrijker gevonden, met name de adviezen die zijn gebaseerd op associatieve argumenten. De negatieve adviezen worden minder belangrijk gevonden, vooral wanneer deze zijn gebaseerd op kwantitatieve argumenten.



Deel 4: Conclusies

1.0 Om welke redenen kiest de patiënt voor het Erasmus MC en welke redenen worden het belangrijkste gevonden?

1.1 De attitude over het Erasmus MC

Uit de resultaten blijkt, dat de groep die geen keuze had tussen meerdere ziekenhuizen, negatievere associaties (kanker, niersteen) heeft. Dit is mogelijk te verklaren doordat deze groep complexere zorg ontvangt en ernstigere gezondheidsproblemen heeft dan de groep die wél kon kiezen tussen verschillende ziekenhuizen. De groep zonder keuze is wellicht op de enige plek waar de beste zorg en grootste deskundigheid is over de ziekte of aandoening die zij hebben.¹⁶

Het kan ook zo zijn, dat deze groep automatisch afgaat op het advies van de verwijzer en zich niet bezighoudt met de deskundigheid of kwaliteit van het ziekenhuis. Uit de interviews bleek dat deze patiënten zich gemakkelijk neerleggen bij de 'verplichting' om naar het Erasmus MC te gaan. Hieruit kan blijken, dat de expert belangrijk wordt gevonden. Die expert wordt echter volgens de theorie nogal eens minder belangrijk geacht dan een non-professional met een aantrekkelijk verhaal.¹⁷ Of dit ook voor de keuze voor het Erasmus MC geldt, komt later aan bod.

Er is misschien nog een verklaring aan te wijzen aan de hand van de theorie van Ajzen (2005).¹⁸ De affectieve (emotionele) reactie op het Erasmus MC is dan wel vaker negatief (pijn, alweer, ernstig), maar de gedachten en opvattingen (cognitieve reacties) zijn sterker. Op die cognitieve reactie had de verwijzer wellicht een grote invloed, toen hij het verwijsadvies gaf.

Zoals Ajzen & Cote (2008) stellen, geeft een algemene attitude geen juiste indicatie van het gedrag en omgekeerd. De positieve associaties (deskundig, professioneel, goed) van de groep die wel kon kiezen over het Erasmus MC, verklaart niet in alle gevallen de keuze voor het Erasmus MC.¹⁹ Deze associaties zijn bij uitstek algemene attitudes. Deze geven slechts een indicatie en geen causaal verband aan. Er is verder onderzoek nodig om de keuze voor het Erasmus MC te verklaren.

1.2 De eerste ervaring

Fazio & Zanna (1978) stellen dat een eerste, zelf doorgemaakte, ervaring een belangrijke rol speelt in de attitude en intentie tot gedrag.²⁰ Naar aanleiding van de resultaten kan deze theorie worden bevestigd. De meerderheid van deelnemers die een eerdere ervaring heeft, beoordeelt deze ervaring als positief en belangrijk tot heel belangrijk om weer voor het Erasmus MC te kiezen.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is, dat de patiënt die eerder een negatieve ervaring heeft gehad met het Erasmus MC, mogelijk niet opnieuw voor het Erasmus MC kiest. Dit onderzoek betreft

¹⁶ Zie onderzoeksopzet 4.4: steekproef en onderzoeksgroep pagina 14
¹⁷ Zie theoretisch kader 7.2: de invloed van de sociale omgeving pagina 28
¹⁸ Zie theoretisch kader 2.1: het driedimensionaal model pagina 19
¹⁹ Zie theoretisch kader 5.0: de attitude en de relatie met gedrag pagina 24
²⁰ Zie theoretisch kader 4.5: de eerste ervaring pagina 24

patiënten die (weer) hebben gekozen voor het Erasmus MC. De groep die het Erasmus MC mijdt na een slechte ervaring, wordt gemist.

De ervaring kan ook worden ingezet om een ander te adviseren al dan niet naar het Erasmus MC te gaan. Uit de resultaten blijkt dat de ervaringsdeskundige de belangrijkste adviseur is.²¹ Daar komt bij, dat informele informatie soms eerder wordt vertrouwd dan de informatie afkomstig van bronnen met autoriteit.²² De ervaringsdeskundige die een slechte ervaring heeft met een ziekenhuis, kan dus een grote invloed uitoefenen op de sociale omgeving. Maar, de ervaringsdeskundige met een positieve ervaring ook. Of een advies op basis van een negatieve ervaring belangrijker wordt gevonden dan een advies op basis van een positieve ervaring, wordt behandeld in paragraaf 2.3 van de conclusies.

2.0 Wie en wat wordt door de patiënt geraadpleegd bij zijn keuze voor het Erasmus MC en hoe belangrijk vindt de patiënt een eventueel advies?

2.1 Meer informatie, betere keuzes?

De resultaten lijken het beeld te bevestigen uit het voorbeeld van Dijksterhuis (2007): mensen gaan niet actief op onderzoek uit om een weloverwogen keuze te maken.²³

Kiezen voor een ziekenhuis is iets anders dan kiezen voor een zorgverzekering. Toch lijken deze resultaten te bevestigen dat de moderne zorgconsument, die “kiest, eist, claimt, oordeelt en selecteert” (Trappenburg, 2008) nog niet heel veel voorkomt.²⁴

De theorie van gepland gedrag van Ajzen & Fishbein (2010) die stelt dat de attitude slechts gedeeltelijk wordt gevormd door informatie, kan worden bevestigd. De associaties die de ondervraagden hebben bij het Erasmus MC zijn nauwelijks gebaseerd op gezochte en gevonden informatie. De geraadpleegde informatie (voornamelijk praktische en ziekte-inhoudelijke informatie) kan echter wel de beliefs beïnvloeden die de patiënt heeft. Het gaat dan met name om de control beliefs,²⁵ de inschatting van de patiënt of hij in staat is, of zich in staat voelt, om het Erasmus MC te bezoeken. De praktische informatie kan de patiënt helpen om naar het Erasmus MC te komen, en daarmee een grote rol spelen bij de uitvoering van het geplande gedrag.

2.2 Ranking the hospital, do patients care?

Het antwoord luidt in één woord: nee. Slechts een minimaal deel van de onderzoeksgroep zoekt informatie over de kwaliteit van een ziekenhuis (vergeleken met andere ziekenhuizen).

Een groot deel van de ondervraagden kent de jaarlijkse ranglijsten van de beste ziekenhuizen, gepubliceerd door het Algemeen Dagblad en weekblad Elsevier niet, en wie deze kent, neemt deze

²¹ Zie resultaten 6.0: De sociale omgeving pagina 34

²² Zie theoretisch kader 8.2: kwantitatieve informatie en de informele informatie pagina 29

²³ Zie theoretisch kader 1.1: beter geïnformeerd, betere keuze? pagina 18

²⁴ Zie onderzoeksopzet 1.1: van patiënt naar consument pagina 8

²⁵ Zie theoretisch kader 6.2: beliefs pagina 26

rankings nauwelijks mee in een beslissing voor een ziekenhuis. Daar worden redenen voor gegeven, als:

“Die lijsten zijn momentopnames. Het is net als bij toiletten schoonmaken: ze zullen juist het toilet controleren dat per ongeluk niet is schoongemaakt.”

Deze resultaten bevestigen de eerder genoemde theorie van de Huppertz & Carlson (2010)²⁶ in de hypothese, die stellen dat patiënten eerder vertrouwen op informele, anekdotische informatie uit hun omgeving dan op die van bronnen met autoriteit.

Zoals een van de geïnterviewde patiënten verwoordt:

“Als ik hoor dat ergens een goede arts werkt, dan ga ik naar dat ziekenhuis toe. Dan ga ik naar mijn huisarts en zeg ik dat ik naar dié arts wil.”

2.3 De sociale omgeving

De sociale omgeving is belangrijk in de totstandkoming van de attitude en het geplande gedrag.²⁷ In het algemeen worden vooral positieve adviezen (het aanraden) belangrijk gevonden. Negatieve adviezen worden veel minder belangrijk gevonden dan positieve adviezen. Een veelgehoorde reactie is:

“Als iemand mij afraadt om naar een ziekenhuis te gaan, moet er wel een goede reden zijn.”

Negatieve adviezen worden belangrijker gevonden als deze afkomstig zijn van een expert (de professional; in het bijzonder de verwijzer) dan van een non-professional²⁸. Al worden ook daar voorwaarden voor gehanteerd. Een geïnterviewde licht toe:

“Mijn jonge, nieuwe huisarts zei dat ik naar het Sint Franciscus Gasthuis moest gaan. Als het mijn oude huisarts was, met wie ik een lange vertrouwensband had, had ik het advies wel opgevolgd. Nu niet.”

Hieruit valt te concluderen dat de ‘expert’ wel degelijk een belangrijke rol kan spelen in een keuzeprocess, en dat de ‘aantrekkelijke bron’ niet altijd overtuigt, tenzij deze sterke argumenten gebruikt. Zo’n sterk argument kan een positieve of negatieve persoonlijke ervaring zijn. Omdat de ervaringsdeskundige zowel voor positief als negatief advies heel belangrijk wordt gevonden, kan deze een grote invloed uitoefenen op het keuzeprocess, zeker als deze voldoet aan de kenmerken van een ‘aantrekkelijke’ bron: het is een bekende, een gelijkwaardige, en een aardig gevonden persoon.²⁹

²⁶ Zie theoretisch kader 8.2: kwantitatieve en informele informatie pagina 29

²⁷ Zie theoretisch kader 7.0: de sociale norm pagina 26

²⁸ Zie theoretisch kader 7.1: de sociale omgeving pagina 27

²⁹ Zie theoretisch kader 7.1: de sociale omgeving pagina 27

De zorgverzekeraar wordt opvallend vaker dan de andere bronnen onbelangrijk gevonden in de keuze voor een ziekenhuis.

“Als de zorgverzekering mij afraadt naar een ziekenhuis te gaan, wil ik de motieven weten. De financiën zullen wel meespelen.”

De ondervraagden wantrouwen de bedoelingen van een zorgverzekeraar, en zijn bijna allemaal van mening dat alleen financiële motieven meespelen in het advies.

3.0 Is een patiënt ontvankelijker voor advies gebaseerd op informele argumenten of op kwantitatieve argumenten?

3.1 De waardering van verschillende soorten informatie

Opnieuw worden positieve adviezen, op wat voor basis dan ook, belangrijker gevonden dan negatieve adviezen. De informatie op basis van kwantitatieve gegevens wordt minder belangrijk gevonden dan de informatie op basis van de persoonlijke ervaring. Om het onderzoek van Snyder & DeBono (1985) te kunnen bevestigen, had onderzocht moeten zijn welk deel van de onderzoeksgroep high, dan wel low self-monitor is.³⁰ De low self-monitor zou namelijk ontvankelijker zijn voor informatie op basis van kwantitatieve, meetbare gegevens.

Een aanname is, dat een groter deel van de onderzoeksgroep bestaat uit high self-monitors. Dat zou meerdere uitkomsten in dit onderzoek verklaren. Ten eerste: dat positieve adviezen opvallend belangrijk worden gevonden, kan komen doordat deze adviezen de keuze van de patiënt voor het Erasmus MC bevestigen. De high self-monitor is bij uitstek gevoelig voor bevestiging en goedkeuring van de sociale omgeving.³¹

³⁰ Zie theoretisch kader 8.1: low versus high self-monitors pagina 29

³¹ Zie theoretisch kader 8.0: de theorie van self-monitoring pagina 28

Deel 5: Aanbevelingen

1.0 De attitude over het Erasmus MC

Uit de resultaten blijkt, dat de groep die geen keuze had tussen meerdere ziekenhuizen, negatiever associaties heeft met het Erasmus MC. De gehele attitude wordt echter niet alleen gevormd op basis van deze affectieve, emotionele reacties op het Erasmus MC.³² Het kan wel van belang zijn om deze uitkomst mee te nemen in de communicatie met patiënten. Bespreken van emoties en het zoveel mogelijk wegnemen van angst en pijn van deze groep patiënten kan de associatie wellicht gunstig beïnvloeden.

Daarnaast is het belangrijk om in patiëntencommunicatie de gedachten en opvattingen over het Erasmus MC (cognitieve opvattingen) te beïnvloeden. De cognitieve opvattingen kunnen de affectieve reacties overstemmen, zoals uit het voorbeeld van Ajzen (2005) blijkt.³³ Dat lukt het beste met argumenten die zijn gebaseerd op persoonlijke ervaringen (zie paragraaf 6.0).

Verder kan het geen kwaad om in patiëntencommunicatie nadruk te leggen op de bereikbaarheid, service en wachttijden van het Erasmus MC. De deelnemers die zelf hebben gekozen voor het Erasmus MC, vinden dat belangrijke redenen om voor een ziekenhuis te kiezen. Dit zijn echter niet de redenen waarom deze groep voor het Erasmus MC koos.³⁴

2.0 De eerste ervaring

Een eerste ervaring is een belangrijke factor in de totstandkoming van de attitude, stellen Fazio & Zanna³⁵ (1978). Het is van groot belang dat de eerste ervaring positief verloopt, omdat de eerste ervaring een belangrijk rol speelt in de beslissing om weer naar het Erasmus MC te gaan. Daarnaast kan een ervaringsdeskundige een grote invloed uitoefenen op de sociale omgeving, zoals verderop zal blijken.

3.0 Meer informatie, betere keuzes?

Aan de hand van de resultaten, de theorie van Dijksterhuis (2007), Huppertz & Carlson (2010) en Ajzen & Fishbein (2010) is er geen aanleiding om patiënten meer kwantitatieve informatie aan te bieden die hen zou helpen om weloverwogen keuzes te maken.

Het is wel belangrijk om gemakkelijk toegankelijke informatie aan te (blijven) bieden die een faciliterende rol speelt bij een bezoek aan het Erasmus MC. Denk hierbij aan informatie over de bereikbaarheid, adressen, telefoonnummers, maar ook aan specialismen en behandelingen die het Erasmus MC aanbiedt. Internet is daarvoor het meest geschikte medium.

³² Zie theoretisch kader 2.1: het driedimensionaal model pagina 19

³³ Zie theoretisch kader 2.1: het driedimensionaal model pagina 19

³⁴ Zie resultaten 2.0: kiezen voor een ziekenhuis pagina 31

³⁵ Zie theoretisch kader 4.5: de eerste ervaring pagina 24

4.0 Ranking the hospital, do patients care?

Het antwoord hierop is: nee. Maar het Erasmus MC kan de ranglijsten niet links laten liggen. Rankings zijn vrijwel onbelangrijk voor de patiënt, maar bijvoorbeeld wel voor zorgverzekeraars, die ziekenhuiszorg voor hun verzekerden inkopen op basis van gegevens over prestaties en kwaliteit.³⁶ De patiënt vindt de zorgverzekeraar onbelangrijk als adviseur voor een ziekenhuis. Als een bezoek aan een voorkeursziekenhuis niet wordt vergoed, zou dat kunnen veranderen.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de ranglijsten de patiënt nauwelijks bereiken. Een kleine minderheid is met de rankings bekend. Dit beeld kan in de toekomst veranderen. Het aantal instanties dat informatie verstrekt over de kwaliteit van ziekenhuizen neemt toe, en ook de communicatiemiddelen die worden ingezet veranderen.

Het is daarom raadzaam om dit onderzoek regelmatig te herhalen, en daarbij nieuwe ontwikkelingen in het aanbod van kwantitatieve informatie mee te nemen. Daarnaast kent dit onderzoek een aantal beperkingen. Dit onderzoek zou bijvoorbeeld herhaald moeten worden onder een controlegroep en een onderzoeksgroep van een ziekenhuis dat wel hoog scoort op de ranglijsten. Verder onderzoek zou uitgevoerd moeten worden onder een grotere onderzoeksgroep van het Erasmus MC, voor een representatiever beeld van de gehele patiëntenpopulatie.

5.0 De sociale omgeving

Wanneer patiënten kiezen voor een ziekenhuis, wordt het advies van ervaringsdeskundigen erg belangrijk gevonden. Voor het communicatiebeleid is het dan ook aan te raden om ervaringsdeskundigen aan het woord te laten (bij gedragsbeïnvloeding).

Het advies van een expert (huisarts, verwijzer) wordt ook belangrijk gevonden. Wanneer de non-professional (partner, familie, vrienden) adviezen kracht bij gaat zetten met argumenten, zoals een positieve of negatieve ervaring, kan dit belangrijker worden gevonden dan het advies dat een expert geeft. Hoewel positief advies hoger wordt gewaardeerd dan negatief advies, is het belangrijk dat patiënten een zo positief mogelijke ervaring hebben met het Erasmus MC. Deze groep patiënten kunnen 'ambassadeurs' zijn van het Erasmus MC.

6.0 De waardering van verschillende soorten informatie

Patiënten van het Erasmus MC waarderen positieve informatie hoger, en vinden adviezen die zijn gebaseerd op persoonlijke ervaringen belangrijker dan adviezen die zijn gebaseerd op informatie uit de rankings. Dit is een bevestiging van de eerder genoemde conclusie: patiënten trekken zich weinig aan van rankings en de informatie die daaruit voortvloeit.³⁷ Benadruk in de communicatie dus niet de kwaliteit van het ziekenhuis op basis van deze rankings, of andere kwantitatieve gegevens, maar zet in op anekdotes, testimonials en andere persoonlijke ervaringen.

³⁶ Zie onderzoeksopzet 1.1: van patiënt naar consument pagina 8

³⁷ Zie conclusies 3.0: de waardering van verschillende soorten informatie pagina 39

Literatuur

Ajzen, I. (2005) *Attitudes, personality and behavior*. Berkshire: Open University Press

Ajzen, I., & Cote, N.G. (2008) Attitudes and the prediction of behavior. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 289-311. New York: Psychology Press

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2007). *Sociale Psychologie*. Amsterdam: Pearson Education

Author Unknown (2009, March 20). *Bijna helft meisjes komt niet voor vaccinatie*. Retrieved at 31 May 2011 at <http://www.depers.nl/binnenland/293908/Helft-meisjes-niet-gevaccineerd.html>

Author Unknown (2011). *Kwaliteitsindicatoren*. Retrieved at 13 June 2011 at <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteitsindicatoren/>

Bargh, J.A. (1997). The Automaticity of Every Day Life. In R. S. Wyer Jr. (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. 10, pp. 1–61). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bohner, G., Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitude change*. Sussex: Psychology Press

Breckler, S.J. (1984). Empirical Validation of Affect, Behavior and Cognition as Distinct Components of Attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 47, no. 6, 1191-1205

Bruinsma, J. (2006, September 28). *Oliebollenlijstjes maken patiënten dol; onderzoekers beoordelen ziekenhuizen als geheel, onzin zegt inspectie*. In De Volkskrant

Cialdini, R.B., & Trost, M.R. (1998). Social norms, conformity, and compliance. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol.2, pp 151-193). New York: McGraw-Hill

Dijksterhuis, A., & Bargh, J.A. (2001). The Perception-Behavior Expressway: Automatic Effects of Social Perception on Social Behavior. *Advances in experimental social psychology*, volume 33, p. 1-40

Dijksterhuis, A. (2007). *Het slimme onbewuste – Denken met gevoel*. Amsterdam: Bert Bakker

Duck, J.M., Hogg, M.A., Terry, D.J., (1999). Social Identity and Perception of Media Persuasion: are we always less influenced than others? *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 9, p. 1879-1899

Fazio R.H., & Zanna, M.P. (1978). On the Predictive Validity of Attitudes: The Roles of Direct Experience and Confidence. *Journal of Personality*, vol. 46, issue 2, p. 228-243

- Feenstra, H., & Wansink, W. (2008). *Zo gaat het in de zorg. De burger als klant, speelbal of koning, mondig of monddood*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas
- Ferguson, M.J. (2007). The Automaticity of Evaluation. In: J.A. Bargh's (ed.) *Social Psychology and the Unconscious: The Automaticity of Higher Mental Processes*. New York: Psychology Press
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behaviour - the reasoned action approach*. Sussex: Psychology Press
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing healthcare. *Quality in healthcare*. Vol. 3 p 107-113
- Geenen, R. van., Vreede, J. de. (2010, September 04). *Op pad voor de beste behandeling*. In AD, bijlage ziekenhuis top 100 p.2
- Greenwald, A.G., & Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 4-27
- Groeneveld, J. (2009). *Een Onderzoek naar het Verwijsgedrag van Huisartsen* (Unpublished Manuscript). Hogeschool Rotterdam, instituut voor commercieel management, opleiding communicatie
- Harreveld, F. van & Pligt, J. van der. (2003). Attitudes as stable and transparent constructions. *Journal of experimental social psychology*, vol. 40 p 666-674
- Hart, 't H., Boeije, H., Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Huppertz, J.W. & Carlson, J.P. (2010). Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice. *Health Services Research*, vol. 45, 6p1, pp 1602-1613
- Leeuwen, A. van. (2010, October 23). *De Beste Ziekenhuizen*. In Elsevier, vol. 66 nr. 42 p 74-91
- Maddux, J.E. & Rogers, R.W. (1980). Effects of Source Expertness, Physical Attractiveness and Supporting Arguments on Persuasion: A Case of Brains over Beauty. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 39, no. 2, p. 235-244
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010, April 23). *Positie van de cliënt versterkt met nieuwe wet*. Retrieved at 2011, May 10, at <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrechten/documenten-en-publicaties/persberichten/2010/04/23/positie-van-de-client-versterkt-met-nieuwe-wet.html>

- Olson, M.A., & Fazio, R.H. (2009). Implicit and Explicit Measures of Attitudes. In: Petty, R.E., Fazio, R.H., Briñol, P. (Eds.), *Attitudes. Insights from the New Implicit Measures*. (pp 19-63) New York: Psychology Press
- Olson, M.A., & Kendrick, R.V. (2008). Origins of Attitudes. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 111-130) New York: Psychology Press
- Petty, R.E., Fazio, R.H., Briñol, P. (2009). *Attitudes. Insights from the New Implicit Measures*. New York: Psychology Press
- Rhodes, R.E., Courneya, K.S., (2003). Investigating Multiple Components of Attitude, Subjective Norm, and Perceived Control: an Examination of the Theory of Planned Behaviour in the Exercise Domain. *British Journal of Social Psychology*. Vol. 42, 129-146
- Rosema, B. (2009). *Never Change a Winning Name*. (Unpublished Manuscript). Haagse Hogeschool, opleiding communicatie, Den Haag.
- Schultz, P.W., Tabanico, J.J., Rendón, T. (2008). Normative beliefs as agents of influence, basic processes and real-world applications. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 385-405). New York: Psychology Press
- Schwartz, N. (2008). Attitude Measurement. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 337-360). New York: Psychology Press
- Smith, J.R., Hogg, M.A. (2008). Social identity and Attitudes. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 337-360). New York: Psychology Press
- Snyder, M. (1974). Self-Monitoring of Expressive Behavior. *Journal of personality and social psychology*, vol. 30 no 4 p. 526-537
- Snyder, M., DeBono, K.G. (1985). Appeals to Image and Claims About Quality: Understanding the Psychology of Advertising. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 49, no 3, 586-597
- Stolk, G. (2010, May). *Cahier 2009*. Publieksjaarverslag van het Erasmus MC.
- Stolk, G. (2010, May). *Ziekenhuisranglijsten zijn onbetrouwbaar*. In: Monitor, vol. 38, nr. 2 p. 12-15
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behaviour: how well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*. Vol. 28, 15, pp 1317-1338

Trappenburg, M. (2008). *Genoeg is Genoeg. Over Gezondheidszorg en Democratie*. Amsterdam: University Press

University of Minnesota, Department of Psychology (2007). *Tripartite Model of Attitudes*. Retrieved at 28 April 2011 at

<http://www.psych.umn.edu/courses/spring07/borgida/psy5202/images/tripartitemodel.jpg>

Vuijst, C. (2009, January). *Liever bekwaam dan aardig: professor Margot Trappenburg over artsen en patiëntenbejegening*. In: Monitor, vol 37, nr 6 p. 18-23

Watt, S.E., Maio, G.R., Haddock, G., Johnson, B.T. (2008). Attitude Functions in Persuasion: Matching, Involvement, Self-affirmation and hierarchy. In W.D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp 189-211) New York: Psychology Press

Wu, C., & Shaffer, D.R. (1987) Susceptibility to Persuasive Appeals as a Function of Source Credibility and Prior Experience with the Attitude Object. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 52, no. 4, 677-688

Bijlage 1: Datamatrix

Wel zelf gekozen	46 Niet zelf gekozen	31 Alle	77
Wie bepaalde keuze?	Wie bepaalde de keuze?	Wie bepaalde de keuze?	
Zelf	27 Moest van verwijzer	27 Zelf	26
Advies huisarts, zelf gekozen	19 Moest van verzekeraar	Advies huisarts, eigen keus	20
Anders	Anders	4 Moest van verwijzer	27
Ervaringen	Ervaringen uit het verleden	Moest van verzekeraar	0
0-1 jaar	12 0-1 jaar	4 Anders	5
1-3 jaar	4 1-3 jaar	2 Ervaringen uit het verleden	
3 jaar of langer	11 3 jaar of langer	6 0-1 jaar	16
Weet niet meer	2 Weet niet meer	1 1-3 jaar	6
Geen ervaring	15 Geen ervaring	16 3 jaar of langer	14
Hoe belangrijk?	Hoe belangrijk is deze ervaring?	Weet niet meer	3
Heel onbelangrijk	5 Heel onbelangrijk	Geen ervaring	30
Onbelangrijk	3 Onbelangrijk	Hoe belangrijk is deze ervaring?	
Belangrijk	11 Belangrijk	2 Heel onbelangrijk	5
Heel belangrijk	5 Heel belangrijk	2 Onbelangrijk	3
Welke ziekenhuizen bekend?	Welke ziekenhuizen zijn bekend?	Belangrijk	13
Havenziekenhuis	30 Havenziekenhuis	12 Heel belangrijk	7
Ikazia ziekenhuis	27 Ikazia ziekenhuis	14 Welke ziekenhuizen zijn bekend?	
Maasstad Zuider	18 Maasstad Zuider	13 Havenziekenhuis	42
Maasstad Clara	15 Maasstad Clara	14 Ikazia ziekenhuis	41
Oogziekenhuis	27 Oogziekenhuis	11 Maasstad Zuider	31
SFG	28 SFG	13 Maasstad Clara	29
Vlietland	12 Vlietland	7 Oogziekenhuis	38
IJsselland	20 IJsselland	7 SFG	41
Geen	5 Geen	7 Vlietland	19
Informatie gezocht via	Informatie gezocht via	IJsselland	27
Ja	19 Ja	9 Geen	12
Internet	15 Internet	8 Informatie gezocht via	
Kranten	Kranten	Ja	25
Tijdschriften	Tijdschriften	Internet	24
Tv-programma's	Tv-programma's	Kranten	
Anders	2 Anders	Tijdschriften	
Geen	26 Geen	19 Tv-programma's	
Wat voor soort informatie?	11. Wat voor soort informatie?	Anders	1
Praktisch	8 Praktisch	8 Geen	43
Ziekte-inhoudelijk	8 Ziekte-inhoudelijk	6 11. Wat voor soort informatie?	
Kwaliteit	3 Functioneren	3 Praktisch	16
Anders	2 Anders	Ziekte-inhoudelijk	14
Belangrijk?	12. Hoe belangrijk was deze informatie?	Functioneren	6
Heel onbelangrijk	2 Heel onbelangrijk	Anders	2
Onbelangrijk	Onbelangrijk	2 12. Hoe belangrijk was deze informatie?	
Belangrijk	11 Belangrijk	1 Heel onbelangrijk	2
Heel belangrijk	2 Heel belangrijk	Onbelangrijk	2
Andere ziekenhuizen?	13. Informatie over ander ziekenhuis?	Belangrijk	12
Ja	4 Ja	1 Heel belangrijk	2
Havenziekenhuis	1 Havenziekenhuis	13. Informatie over ander ziekenhuis?	
Ikazia ziekenhuis	Ikazia ziekenhuis	Ja	4
Maasstad Zuider	Maasstad Zuider	Havenziekenhuis	1
Maasstad Clara	Maasstad Clara	Ikazia ziekenhuis	
Oogziekenhuis	Oogziekenhuis	Maasstad Zuider	
SFG	SFG	1 Maasstad Clara	
Vlietland	1 Vlietland	Oogziekenhuis	
IJsselland	2 IJsselland	SFG	1
Een ander universitair ziekenhuis	Een ander universitair ziekenhuis	Vlietland	1
Een ander ziekenhuis	1 Een ander ziekenhuis	IJsselland	2
Nee	27 Nee	27 Een ander universitair ziekenhuis	
14. Wat voor soort informatie?	14. Wat voor soort informatie?	Een ander ziekenhuis	1
Praktisch	3 Praktisch	Nee	56
Ziekte-inhoudelijk	2 Ziekte-inhoudelijk	1 14. Wat voor soort informatie?	
Functioneren	Functioneren	Praktisch	3
Anders	Anders	Ziekte-inhoudelijk	3
15. Hoe belangrijk is deze informatie?	15. Hoe belangrijk was deze informatie?	Functioneren	
Heel onbelangrijk	Heel onbelangrijk	Anders	
Onbelangrijk	Onbelangrijk	15. Hoe belangrijk was deze informatie?	
Belangrijk	3 Belangrijk	1 Heel onbelangrijk	
Heel belangrijk	2 Heel belangrijk	Onbelangrijk	
Welke publicaties kent u?	Welke publicaties kent u?	Belangrijk	4
AD	7 AD	6 Heel belangrijk	2
Elsevier	6 Elsevier	4 Welke publicaties kent u?	
Geen	33 Geen	20 AD	13
Hoe belangrijk is AD?	17. Hoe belangrijk was informatie AD?	Elsevier	10

Ranking the hospital: do patients care?

Heel onbelangrijk	2	Heel onbelangrijk	1	Geen	53
Onbelangrijk	4	Onbelangrijk	1	17. Hoe belangrijk was informatie AD?	
Belangrijk	1	Belangrijk		Heel onbelangrijk	3
Heel belangrijk		Heel belangrijk		Onbelangrijk	5
Hoe belangrijk is Elsevier?		18. Hoe belangrijk was informatie Elsevier?		Belangrijk	1
Heel onbelangrijk	1	Heel onbelangrijk		Heel belangrijk	
Onbelangrijk	4	Onbelangrijk		18. Hoe belangrijk was informatie Elsevier?	
Belangrijk	1	Belangrijk		Heel onbelangrijk	1
Heel belangrijk		Heel belangrijk		Onbelangrijk	4
Andere publicaties?		Andere publicaties?	2	Belangrijk	1
Ja	2	Ja	0	Heel belangrijk	
Geen	39	Geen	24	Andere publicaties?	4
Andere publicaties?				Geen	65
Heel onbelangrijk					
Onbelangrijk	1			Aanraden	
Belangrijk	2			Partner	
Heel belangrijk				Heel onbelangrijk	2
Aanraden		Aanraden		Onbelangrijk	4
Partner		Partner		Belangrijk	38
Heel onbelangrijk	2	Heel onbelangrijk		Heel belangrijk	22
Onbelangrijk	2	Onbelangrijk	2	Familie/vrienden	
Belangrijk	25	Belangrijk	13	Heel onbelangrijk	2
Heel belangrijk	13	Heel belangrijk	9	Onbelangrijk	7
Familie/vrienden		Familie/vrienden		Belangrijk	42
Heel onbelangrijk	2	Heel onbelangrijk		Heel belangrijk	18
Onbelangrijk	4	Onbelangrijk	3	Ervaringsdeskundigen	
Belangrijk	26	Belangrijk	16	Heel onbelangrijk	3
Heel belangrijk	11	Heel belangrijk	7	Onbelangrijk	4
Ervaringsdeskundigen		Ervaringsdeskundigen		Belangrijk	35
Heel onbelangrijk	2	Heel onbelangrijk	1	Heel belangrijk	28
Onbelangrijk	2	Onbelangrijk	2	Uw verwijzer	
Belangrijk	23	Belangrijk	12	Heel onbelangrijk	5
Heel belangrijk	16	Heel belangrijk	12	Onbelangrijk	9
Uw verwijzer		Uw verwijzer		Belangrijk	30
Heel onbelangrijk	3	Heel onbelangrijk	2	Heel belangrijk	24
Onbelangrijk	6	Onbelangrijk	3	Uw zorgverzekeraar	
Belangrijk	18	Belangrijk	12	Heel onbelangrijk	6
Heel belangrijk	14	Heel belangrijk	10	Onbelangrijk	22
Uw zorgverzekeraar		Uw zorgverzekeraar		Belangrijk	33
Heel onbelangrijk	6	Heel onbelangrijk		Heel belangrijk	7
Onbelangrijk	11	Onbelangrijk	11		
Belangrijk	22	Belangrijk	11	Afraden	
Heel belangrijk	3	Heel belangrijk	4	Partner	
				Heel onbelangrijk	8
Afraden		Afraden		Onbelangrijk	19
Partner		Partner		Belangrijk	33
Heel onbelangrijk	6	Heel onbelangrijk	2	Heel belangrijk	8
Onbelangrijk	11	Onbelangrijk	8	Familie/vrienden	
Belangrijk	20	Belangrijk	13	Heel onbelangrijk	6
Heel belangrijk	6	Heel belangrijk	2	Onbelangrijk	28
Familie/vrienden		Familie/vrienden		Belangrijk	27
Heel onbelangrijk	3	Heel onbelangrijk	3	Heel belangrijk	7
Onbelangrijk	19	Onbelangrijk	9	Ervaringsdeskundigen	
Belangrijk	16	Belangrijk	11	Heel onbelangrijk	4
Heel belangrijk	4	Heel belangrijk	3	Onbelangrijk	13
Ervaringsdeskundigen		Ervaringsdeskundigen		Belangrijk	36
Heel onbelangrijk	3	Heel onbelangrijk	1	Heel belangrijk	16
Onbelangrijk	6	Onbelangrijk	7	Uw verwijzer	
Belangrijk	26	Belangrijk	10	Heel onbelangrijk	4
Heel belangrijk	7	Heel belangrijk	9	Onbelangrijk	12
Uw verwijzer		Uw verwijzer		Belangrijk	28
Heel onbelangrijk	3	Heel onbelangrijk	1	Heel belangrijk	21
Onbelangrijk	6	Onbelangrijk	6	Uw zorgverzekeraar	
Belangrijk	20	Belangrijk	8	Heel onbelangrijk	8
Heel belangrijk	13	Heel belangrijk	8	Onbelangrijk	33
Uw zorgverzekeraar		Uw zorgverzekeraar		Belangrijk	21
Heel onbelangrijk	5	Heel onbelangrijk	3	Heel belangrijk	6
Onbelangrijk	19	Onbelangrijk	14		
Belangrijk	13	Belangrijk	8		
Heel belangrijk	5	Heel belangrijk	1		

Bijlage 2: Associaties

Eigen keuze

Welke woorden komen bij u op als u denkt aan het Erasmus MC?

Studenten, Werk, Kwaliteit, Veel handen, Veel dokters, Goede kennis, Dichtbij, Goed ziekenhuis, ziekenhuis, voormalig Dijkzigt, specialisten, academisch, wachten
Opleiding, beter worden, goed ziekenhuis, dotterbehandeling, ziekenhuis, gaan we weer, leuke zusters, goed gespecialiseerd ziekenhuis in vrijwel alle gevallen, groot, opname, artsen, speciaal, bekend, studenten, vernieuwen, veranderen, dokters, groot, universiteit, opleidingscentrum, ziekenhuis, Rotterdam, centrum, ziekenhuis, groot, universiteit, universiteit, universiteit, ziekenhuis, deskundig, groot, betrouwbaar, Sophia, professioneel, Daniel den Hoedt, kinderziekenhuis, bekend, dichtbij, beste, academisch, vertrouwen, ziektegeschiedenis man, vriendelijk personeel, snelle behandeling, korte wachttijd, mooi ziekenhuis, fijn ziekenhuis, ziekenhuis, onderzoek, universiteit, ziekenhuis, groot, bekwaam, studenten, echtgenote, professioneel, klantvriendelijk, deskundig, ziekenhuis, groot ziekenhuis, gespecialiseerd, Rotterdam, veelzijdig, groei, groot, dichtbij, snel gemakkelijk, niets, fabrieksziekenhuis, handoperatie, prima behandeling, academisch, deskundig, doolhof, medisch centrum, studente, goede artsen, faculteit, onderzoek, academisch, druk, grootschalig, stress, wachten, doolhof, professioneel, groot, goede zorg, kennis van zaken, heel druk, erg groot, veel lopen, leuke herinnering, goed behandeld, universiteit, groot ziekenhuis, expertise, universiteit, ziekenhuis

Wat vindt u belangrijk wanneer u moet kiezen voor een ziekenhuis?

Aandacht, snelle afspraken, kwaliteit, academisch, vriendelijkheid, met de meeste kennis geholpen worden, kennis, betrouwbaarheid, informatief, dichtbij, behandeling, verzorging, vertrouwen, genezing, academisch, dichtbij, de beste specialisten, dat er goed geluisterd wordt, goed behandeld, serieus genomen worden, veel disciplines, goed, goede mensen, aandacht, vrolijkheid, Erasmus MC, wachttijden, locatie, deskundigheid, snelheid van afspraak, groot, veel disciplines in een organisatie, service, kwaliteit, alle gegevens, dichtbij, goede zorg, omgang, deskundig, professioneel, groot, alle specialisten in huis, kwaliteit, patiëntvriendelijkheid, patiëntvriendelijkheid, goede behandeling, geringe wachttijd, ontspannen sfeer, deskundigheid, het meeste weten, korte wachttijd, vriendelijkheid, in de buurt, welke specialisatie als goed bekend staat, professionaliteit, klantvriendelijkheid, deskundigheid, service, behandeling, kwaliteit, service, specialisatie, bereikbaarheid, serieusheid, niet afwimpelen om zorgkosten zo laag mogelijk te houden, patiëntgericht, privacy, expertise, dichtbij, snel, makkelijk, specialisme, deskundigheid, ontvangst, begeleiding, bereikbaarheid, samenwerking, vakkundige behandeling, vriendelijk, goede informatie in begrijpelijke taal, goede begeleiding, aandacht voor de patiënt, wachttijd, kwaliteit van zorg, bereikbaarheid, sfeer, deskundigheid, serieus genomen worden, bejegening, professionaliteit, wachttijden, vriendelijkheid, interesse, bereikbaarheid en deskundigheid, klantvriendelijk, behulpzaam personeel, leuke uitstraling ziekenhuis, modern, goed, goed, hoog kennisniveau, niet te lange wachttijst

Waarom kiest u voor het Erasmus MC?

Goed geluisterd, goed, klantvriendelijk, behulpzaam personeel, modern, bereikbaarheid, sfeer, deskundigheid, vakkundigheid, vriendelijk, aandacht, specialisatie goed bekend, deskundigheid, deskundig, professioneel, wachttijden, locatie, deskundigheid, snelheid, kwaliteit, vriendelijkheid, deskundigheid, meeste kennis, dichtbij, kennis, betrouwbaar, groot, veel disciplines, kwaliteit, specialisatie, serieus, hoog kennisniveau

Geen eigen keuze

Welke woorden komen bij u op als u denkt aan het Erasmus MC?

Druk, tumor, alweer, operatie, universiteit, internationaal, bekend ziekenhuis, goed georganiseerd, kanker, ernstige ziekten, Rotterdam, hoger, nog nooit geweest, hotel, Dijkzigt, kleindochter, ziekenhuis, Rotterdam, ziekenhuis, Rotterdam, studie, coassistenten, universiteitsziekenhuis, groot, ziekenhuis, zorg, chaos, gesprek, beterschap, terug naar huis, verwijzing, operatie, Dijkzigt ziekenhuis, niersteen, groot, op tijd, ziekenhuis, studie, Sophia kinderziekenhuis, geboren ikzelf, academisch, kennis, gespecialiseerd, complex, specialistisch, universitair, specialisme, kunde, degelijkheid, fabriek, patiënt een nummer? Goed ziekenhuis, vriendelijk personeel, ziekenhuis, gigantisch groot, doolhof, operatie, niet leuk, pijn, ziek, bezoek, Rotterdam

Wat vindt u belangrijk wanneer u moet kiezen voor een ziekenhuis?

Alle gegevens bij elkaar, goede, uitgebreide uitleg, bereikbaarheid, kennis, niveau, dat er veel professionele doktoren werken, de beste artsen, deskundigheid, paar sterren meer, niet zelf om vragen, gestuurd worden, de meeste kennis, kwaliteit, bereikbaarheid, duidelijkheid, vriendelijkheid, klantvriendelijkheid, zorgvuldig te werk gaan, kennis van alternatieve geneeswijzen, korte wachttijd, openheid, respect voor de eigen verantwoordelijkheid, kunde, vriendelijkheid, bereikbaarheid, betrouwbaarheid, in de buurt, goed openbaar vervoer, goede arts, kennis, vertrouwen, bereikbaarheid, kunde, goede informatie, duidelijke bewegwijzering, tijd en aandacht voor individu, geen nummer zijn maar als mens worden behandeld, een goed aangeschreven specialist kunnen kiezen, eigen mening belangrijk, kwaliteit specialist, helderheid, goede behandeling, kwaliteit, goede zorg, goed en snel worden geholpen, goed te woord worden gestaan, bereikbaarheid, vriendelijkheid, niveau zorg

Bijlage 3: Vragenlijst

Enquête "kiezen voor het Erasmus MC"

Geachte heer, mevrouw,

U bezoekt vandaag het Erasmus MC. Voor de afronding van mijn studie onderzoek ik waarom patiënten voor het Erasmus MC kiezen.

Zou u zo vriendelijk willen zijn om deze enquête in te vullen? Het duurt ongeveer vijf minuten. Het is belangrijk dat u de vragen vlot beantwoordt, dus niet te lang nadenkt over een antwoord. Behalve uw postcode hoeft u geen persoonlijke gegevens in te vullen. Na afronding van het onderzoek wordt deze vragenlijst vernietigd.

Alvast hartelijk bedankt voor uw moeite!

Met vriendelijke groet,

Desiré de Jonge
Afdeling communicatie Erasmus MC
d.dejonge@erasmusmc.nl

Schrijf de woorden op die het eerst bij u opkomen.

1. Welke woorden komen bij u op als u denkt aan:

Het Erasmus MC

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wat vindt u belangrijk wanneer u moet kiezen voor een ziekenhuis?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Wilt u de woorden omcirkelen die voor u het belangrijkste waren om voor het Erasmus MC te kiezen?

(Omcirkel maximaal drie woorden die u bij vraag 2 heeft ingevoerd) *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

4. Wat is uw postcode?

- - - - -

5. Wie bepaalde de keuze voor het Erasmus MC?

☐ Ik heb zelf voor het Erasmus MC gekozen

☐ De huisarts/specialist adviseerde mij om naar het Erasmus MC te gaan, maar ik kon zelf kiezen

☐ Ik moest van mijn verwijzer (huisarts, specialist) naar het Erasmus MC gaan,
vanwege.....

☐ Ik moest van mijn zorgverzekeraar naar het Erasmus MC gaan

☐ Anders, namelijk.....

6. Bent u in het verleden patiënt geweest op een polikliniek of afdeling van het Erasmus MC?

☐ Ja, dat was

☐ Korter dan een jaar geleden

☐ 1-3 jaar geleden

☐ Langer dan drie jaar geleden

☐ Weet ik niet meer

☐ Nee, ga naar vraag 9

7. Kunt u deze ervaring in het Erasmus MC beoordelen met een rapportcijfer? (1-10) _ _

8. Is deze ervaring belangrijk geweest voor uw beslissing om weer naar het Erasmus MC te gaan? (U kunt het nummer omcirkelen) *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

9. Welke van onderstaande ziekenhuizen in de regio Rotterdam kent u van naam? (Meerdere opties mogelijk)

☐ Havenziekenhuis

☐ Ikazia Ziekenhuis

☐ Maasstad Ziekenhuis locatie Zuider

☐ Maasstad Ziekenhuis locatie Clara

☐ Oogziekenhuis

☐ Sint Franciscus Gasthuis

☐ Vlietland Ziekenhuis

☐ IJsselland Ziekenhuis

10. Hebt u voorafgaand aan uw afspraak bij het Erasmus MC, zelf informatie opgezocht over het Erasmus MC? (Meerdere opties mogelijk)

☐ Ja, via

☐ Internet

☐ Kranten

☐ Tijdschriften

☐ Televisieprogramma's

0 Anders, namelijk.....

0 Nee, ga door naar vraag 13

11. Wat voor soort informatie zocht u over het Erasmus MC? (Meerdere opties mogelijk)

0 Praktische informatie, over de bereikbaarheid en telefoonnummers van de poliklinieken bijvoorbeeld

0 Informatie over uw gezondheidsprobleem

0 Informatie over de kwaliteit van het Erasmus MC vergeleken met andere ziekenhuizen

0 Andere informatie, namelijk.....

12. Was deze informatie belangrijk voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan? *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

13. Hebt u voorafgaand aan uw afspraak bij het Erasmus MC, informatie opgezocht over een ander ziekenhuis? (Meerdere opties mogelijk)

0 Ja, het

0 Havenziekenhuis

0 Ikazia Ziekenhuis

0 Maasstad Ziekenhuis locatie Zuider

0 Maasstad Ziekenhuis locatie Clara

0 Oogziekenhuis

0 Sint Franciscus Gasthuis

0 Vlietland Ziekenhuis

0 IJsselland Ziekenhuis

0 Een ander universitair (academisch) ziekenhuis

0 Een ander ziekenhuis

0 Nee, ga door naar vraag 16

14. Wat voor soort informatie zocht u over de ziekenhuizen? (Meerdere opties mogelijk)

0 Praktische informatie, over de bereikbaarheid en telefoonnummers van de poliklinieken bijvoorbeeld

0 Informatie over uw gezondheidsprobleem

0 Informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis vergeleken met Erasmus MC

0 Andere informatie, namelijk.....

15. Was deze informatie belangrijk voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan? *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

16. Welke van onderstaande publicaties kent u? (Meerdere opties mogelijk)

☐ 'De ziekenhuis top 100' van het Algemeen Dagblad

☐ 'De beste ziekenhuizen' volgens Elsevier

☐ Geen (ga naar vraag 19)

17. Was de informatie uit 'De ziekenhuis top 100' van het Algemeen Dagblad belangrijk voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan? *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

18. Was de informatie uit de verkiezing van 'De beste ziekenhuizen' volgens Elsevier belangrijk voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan? *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

Ruimte voor eventuele toelichting op vraag 16, 17 en 18

.....

.....

.....

19. Bent u bekend met andere tijdschriften, websites en dergelijke, die ziekenhuizen met elkaar vergelijken?

☐ Ja, namelijk:

.....

.....

☐ Nee (ga door naar vraag 21)

20. Hoe belangrijk was deze informatie voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan? *U mag deze vraag overslaan als u niet zelf voor het Erasmus MC heeft gekozen*

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

Het advies van mensen om u heen

21. Als een van onderstaande personen/instanties u zou aanraden het Erasmus MC te bezoeken, hoe belangrijk zou u dat vinden?

Partner

1 Heel onbelangrijk

2 Onbelangrijk

3 Belangrijk

4 Heel belangrijk

Familieleden/vrienden

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Ervaringsdeskundigen (mensen met hetzelfde gezondheidsprobleem als u)

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Uw verwijzer (bijvoorbeeld een huisarts, verloskundige)

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Uw zorgverzekeraar

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

22. Als een van onderstaande personen/instanties u zou afraden het Erasmus MC te bezoeken, hoe belangrijk zou u dat vinden?

Partner

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Familieleden/vrienden

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Ervaringsdeskundigen (mensen met hetzelfde gezondheidsprobleem als u)

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Uw verwijzer (bijvoorbeeld een huisarts, verloskundige)

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Uw zorgverzekeraar

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

Einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage 4: Het experiment

Adviezen: vier verschillende, één per enquête.

“Ik ben een tijd geleden patiënt geweest in het Erasmus MC. Over het Erasmus MC ben ik erg tevreden: de arts was erg betrokken en begeleidde me goed. Er werd tot op de bodem uitgezocht wat ik mankeerde. Ik ben weer helemaal beter geworden. Je zou ook naar het Erasmus MC moeten gaan.”

20. Zou dit advies belangrijk zijn voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan?

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

“Ik las in de krant iets over het Erasmus MC. Daar loopt een patiënt minder risico's tijdens een behandeling vergeleken bij andere ziekenhuizen. Een aantal artsen is er benoemd tot beste arts van Nederland. Je zou ook naar het Erasmus MC moeten gaan.”

20. Zou dit advies belangrijk zijn voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan?

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

“Ik ben een tijd geleden patiënt geweest in het Erasmus MC. Over het Erasmus MC ben ik erg ontevreden: Ik moest lang wachten voordat ik een afspraak had. Ook kreeg ik geen duidelijke informatie over mijn ziekte en behandeling. Ik ben nog steeds niet helemaal beter. Je moet niet naar het Erasmus MC gaan.”

20. Zou dit advies belangrijk zijn voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan?

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

“Ik las in de krant iets over het Erasmus MC. Het Erasmus MC staat op de 79^e plaats in een ziekenhuis top 100. Dat komt onder andere doordat het ziekenhuis onvoldoende voorlichting geeft aan patiënten. Ook zijn de wachtlijsten lang. Je moet niet naar het Erasmus MC gaan.”

20. Zou dit advies belangrijk zijn voor uw beslissing om naar het Erasmus MC te gaan?

- 1 Heel onbelangrijk
- 2 Onbelangrijk
- 3 Belangrijk
- 4 Heel belangrijk

