

# Waarom kiezen patiënten niet voor het ‘beste’ ziekenhuis?\*

Aafke Victoor en Jany Rademakers

**+** GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8664

- DOEL** Inzicht verkrijgen in hoe patiënten bij een bepaald ziekenhuis terecht komen en waarom het keuzegedrag van veel patiënten niet overeenkomt met dat van de ‘actieve patiënt’ die beleidsmakers voor ogen hadden toen zij het Nederlandse zorgstelsel hervormden.
- OPZET** Semigestructureerde interviews met poliklinische patiënten van 2 afdelingen in 3 ziekenhuizen.
- METHODE** De interviews werden gehouden, opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd volgens de ‘grounded theory approach’.
- RESULTATEN** Er zijn 142 interviews gehouden. Wij onderscheidde 3 niveaus die weergeven hoe actief patiënten hun keuze maakten: passief, semi-actief en actief. Passieve patiënten gingen naar het voor de hand liggende ziekenhuis zonder kwaliteitsinformatie te gebruiken of alternatieven te overwegen, terwijl actieve patiënten zowel informatie gebruikten als alternatieven overwogen. Verschillende factoren beïnvloedden het keuzeprocess. Op basis van deze factoren en de mate waarin patiënten actief kozen, konden we patiënten classificeren in 5 types, waaronder patiënten die door hun ziekteproces geen keuze hadden en patiënten die voldeden aan het beeld van de actieve patiënt die beleidsmakers voor ogen hebben.
- CONCLUSIE** Al variëren patiënten in de manier waarop ze een ziekenhuis kiezen of, passiever geformuleerd, hoe ze ergens terecht komen, de meeste geïnterviewde patiënten gingen naar het voor de hand liggende ziekenhuis. Deze patiënten zien geen reden om actief te kiezen of hebben het idee dat ze geen keuzemogelijkheid hebben. Het idee van actief kiezende patiënten komt voort uit het marktdenken, maar dit onderzoek wijst uit dat principes uit deze wereld niet altijd passen in de zorg. Toch waarderen patiënten het om te kunnen kiezen voor ‘hun’ ziekenhuis.

In Nederland wordt van patiënten verwacht dat zij ‘actief’ een zorgaanbieder kiezen. ‘Actief kiezen’ houdt in dat zij informatie over de kwaliteit van zorgverleners inwinnen en daarna het beste ziekenhuis uitkiezen. Op deze manier zullen zorgaanbieders op kwaliteit gaan concurreren, waardoor de kwaliteit van de zorg omhoog gaat, zo is de veronderstelling op basis van het ‘marktdenken’.<sup>1-5</sup> Naast deze instrumentele functie heeft de vrije keuze van de zorgaanbieder ook een toegevoegde waarde voor patiënten: zij hebben meer regie over hun zorg.<sup>3,6</sup>

In de praktijk kiezen patiënten vaak niet actief, maar gaan ze naar de zorgverlener die voor de hand ligt, de ‘standaard’ genoemd, zonder expliciet over deze keuze na te denken.<sup>7</sup> Voorbeelden zijn het dichtstbijzijnde ziekenhuis of degene bij wie ze vaker geweest zijn.<sup>4,8</sup>

Verschillende factoren beïnvloeden het keuzeprocess, zoals het verloop van het ziekteproces. Tijdens het ziekteproces wisselen diagnostiek en behandeling elkaar af zonder dat er een moment is waarop een keuze voor een zorgaanbieder gemaakt kan worden.<sup>9,10</sup> Daarnaast maakt iedereen de keuze voor een zorgaanbieder op een andere manier. Jongeren, hoger opgeleiden en patiënten met veel keuzealternatieven in de buurt zijn bijvoorbeeld eerder geneigd actief te kiezen dan anderen.<sup>11-13</sup>

Door interviews met patiënten van ziekenhuizen beant-

\*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Health Expectations* (17 juni 2014 (epub)) met als titel ‘Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients.’ Afgedrukt met toestemming.

NIVEL, Utrecht.

A. Victoor, MSc, en dr. J. Rademakers, psychologen.

Contactpersoon: A. Victoor, MSc (a.victoor@nivel.nl).

## UITLEG

*De patiënt in het Nederlandse zorgstelsel*

In 2006 is het Nederlandse zorgstelsel hervormd en werd marktwerking ingevoerd in de zorg. Er zijn 3 'zorgmarkten' geïntroduceerd: (a) de zorgverzekeringsmarkt, waar burgers een zorgverzekering afsluiten; (b) de zorginkoopmarkt, waar zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgverleners; en (c) de zorgverleningsmarkt, waar patiënten zorg krijgen van zorgverleners, bijvoorbeeld in ziekenhuizen. Door deze 3 markten te introduceren heeft de patiënt een centrale rol gekregen. Er wordt van patiënten verwacht dat zij zich als consument veel kritischer opstellen dan vroeger en weloverwogen keuzes maken tussen zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie. Dit wordt 'actief kiezen' genoemd en zou zorgaanbieders ertoe aanzetten om met elkaar te concurreren door kwalitatief betere zorg te leveren.

woordt deze studie de vraag waarom het keuzegedrag van ziekenhuispatiënten niet overeenkomt met dat van de 'actieve patiënt' die de beleidsmakers voor ogen hadden toen zij het Nederlandse zorgstelsel hervormden (zie uitlegkader). Daarnaast geven de interviews inzicht in de manier waarop patiënten bij een ziekenhuis terecht komen.

## METHODE

## STUDIEOPZET EN POPULATIE

Wij gebruikten de methode van 'purposive sampling', wat inhoudt dat de deelnemers werden geselecteerd op basis van de onderzoeksvraag.<sup>14,15</sup> Om zoveel mogelijk verschillende perspectieven te verkrijgen werden interviews gehouden bij poliklinische patiënten van 3 verschillende ziekenhuizen (tabel 1) op 2 afdelingen per ziekenhuis (Interne Geneeskunde en Heelkunde).

**TABEL 1** Kenmerken van de ziekenhuizen waar patiënten geïnterviewd zijn

kenmerk	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
soort ziekenhuis*	UMC	algemeen ziekenhuis	algemeen ziekenhuis
stedelijk of landelijk	stedelijk	landelijk	stedelijk
aantal ziekenhuisbedden	1100	565	584
aantal alternatieven binnen een straal van ≤ 10 km rond de stad van het ziekenhuis	7	0	2
ziekenhuis in de omgeving heeft negatieve publiciteit gekregen	ja	nee	nee

\* Het betreft hier uitsluitend Nederlandse ziekenhuizen.

## INTERVIEWS

De interviews waren semigestructureerd en werden alle afgenomen door een van de auteurs (AV). Patiënten werden in de wachtkamer gevraagd of zij wilden deelnemen. De interviews vonden plaats in de wachtkamer of een aparte ruimte, naargelang de voorkeur van de patiënt. Nadat patiënten schriftelijk toestemming gegeven hadden voor deelname, werd naar hun demografische gegevens gevraagd. Vervolgens kregen zij de vraag waarom zij specifiek naar dit ziekenhuis gegaan waren. De interviewer vroeg door op hun antwoorden.

## DATA-ANALYSE

Alle interviews werden opgenomen, letterlijk uitgeschreven en gecodeerd met behulp van software voor kwalitatieve data-analyse (MAXQDA).<sup>16</sup> Hierbij kwamen verschillende thema's naar voren. Deze analysemethode komt overeen met de zogenoemde 'grounded theory approach'.<sup>14</sup> Auteurs AV en JR bespraken de codes en thema's tweewekelijks. Meer informatie over de onderzoeksmethode is te vinden in de oorspronkelijke publicatie.<sup>17</sup>

## RESULTATEN

In totaal zijn 142 van de 156 benaderde patiënten geïnterviewd (tabel 2), een respons van 91%. 1 interview werd niet geanalyseerd omdat de patiënt alleen bij dit ziekenhuis kwam voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. De meeste patiënten waren 40-64 jaar, vrouw, autochtoon en hadden middelbaar beroepsonderwijs als hoogste opleiding genoten.

## DE MATE WAARIN PATIËNTEN ACTIEF KOZEN

Patiënten verschilden in de mate waarin hun keuze voor het ziekenhuis actief was. Wij onderscheidden 3 niveaus van de mate waarin patiënten actief kozen: (a) passief; (b) semi-actief; en (c) actief (figuur). De indeling van patiënten in een van deze niveaus was afhankelijk van de vraag of zij andere ziekenhuizen overwogen hadden en of zij hun keuze hadden gebaseerd op informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis.

## DETERMINANTEN VAN HET KEUZEGEDRAG

Het hing van veel factoren af of patiënten naar het standaardziekenhuis gingen of een actieve of semi-actieve keuze maakten. Deze factoren werden onderverdeeld in thema's die uit de interviews naar voren kwamen: het belang van kiezen, redenen hebben om te kiezen en keuzemogelijkheid hebben. Tabel 3 geeft voorbeelden en citaten uit de interviews.

**Het belang van kiezen** Passieve patiënten vonden het niet belangrijk om actief een ziekenhuis te kiezen, bijvoorbeeld omdat ze later alsnog van ziekenhuis kunnen

**TABEL 2** Demografische kenmerken van de geïnterviewde patiënten (n = 142), totaal en per afdeling

kenmerk	ziekenhuis A; n (%)		ziekenhuis B; n (%)		ziekenhuis C; n (%)		totaal, n (%) (n = 142)
	Heelkunde (n = 19)	Interne geneeskunde (n = 26)	Heelkunde (n = 26)	Interne geneeskunde (n = 25)	Heelkunde (n = 21)	Interne geneeskunde (n = 25)	
<b>leeftijd in jaren</b>							
< 40	9 (47)	4 (15)	2 (8)	4 (16)	3 (14)	1 (4)	23 (16)
40-64	8 (42)	18 (69)	13 (50)	13 (52)	11 (52)	12 (57)	75 (53)
65-74	1 (5)	2 (8)	5 (19)	1 (4)	6 (29)	12 (57)	27 (19)
≥ 75	1 (5)	1 (4)	6 (23)	6 (24)	1 (5)	0 (0)	15 (11)
ontbrekende waarde	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>geslacht</b>							
♂	11 (58)	16 (62)	10 (39)	9 (36)	11 (52)	9 (36)	66 (46)
♀	8 (42)	10 (39)	16 (62)	16 (64)	10 (48)	16 (64)	76 (54)
ontbrekende waarde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>opleidingsniveau*</b>							
laag	3 (16)	5 (19)	8 (32)	8 (32)	6 (29)	4 (16)	34 (24)
midden	12 (63)	6 (23)	9 (35)	14 (56)	13 (62)	8 (32)	62 (44)
hoog	4 (21)	14 (54)	5 (19)	3 (12)	2 (10)	13 (52)	41 (29)
ontbrekende waarde	0 (0)	1 (0)	4 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (4)
<b>etniciteit</b>							
Nederlands	9 (47)	21 (81)	18 (69)	19 (76)	19 (90)	23 (92)	109 (77)
westerse allochtoon	3 (16)	1 (4)	5 (19)	6 (24)	2 (10)	2 (8)	19 (13)
niet-westerse allochtoon	7 (37)	4 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (8)
ontbrekende waarde	0 (0)	0 (0)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)

\* Opleidingsniveau: laag = geen opleiding/praktijk- of lager (beroeps-) onderwijs; midden = MBO/VWO/HAVO; hoog = HBO/universiteit.

wisselen, snel tevreden zijn, het van vroeger uit niet normaal vinden om actief te kiezen en omdat ze er vertrouwen in hebben dat hun huisarts of specialist het juiste ziekenhuis voor hen uitzoekt. Daarnaast zagen passieve patiënten geen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen, en achtten ze elk ziekenhuis in staat om behandelingen uit te voeren. Sommigen wilden geen actieve keuze maken, omdat het zoekproces veel tijd kost of omdat ze niet van verandering houden. Actief en semi-actief kiezende patiënten waren van mening dat er kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan en dat het belangrijk is om de beste zorg te krijgen.

**Reden hebben om te kiezen** Passieve patiënten gaven aan dat zij geen reden hadden om een ziekenhuis te kiezen. Ze waren tevreden met het standaardziekenhuis, bijvoorbeeld omdat dit ziekenhuis goed was, een UMC was, een korte wachttijd had, klein en intiem of Nederlands was. Patiënten die semi-actief of actief hadden gekozen, vonden de slechte reputatie van het standaardziekenhuis een reden om actieve keuzes te maken.

Ook de korte afstand tot het standaardziekenhuis zorgde ervoor dat patiënten geen reden hadden om actief een ziekenhuis te kiezen.

Tevredenheid en bekendheid met het standaardziekenhuis waren eveneens redenen waarom patiënten niet nodig vonden om actief te kiezen. Hun dossier was daar aanwezig, ze vertrouwden hun specialist, bleven daar uit gewoonte, hadden slechte ervaringen elders of hadden juist niets met andere ziekenhuizen. Patiënten die semi-actief of actief hadden gekozen, noemden specifieke situaties waardoor ze kritisch over ziekenhuizen of specialisten waren geworden en die aanleiding gaven tot het maken van actieve keuzes. Ze wilden bijvoorbeeld een second opinion of hadden slechte ervaringen met het standaardziekenhuis. Sommige patiënten bleven echter bij het standaardziekenhuis na excuses van de specialist, ondanks de slechte ervaring, of zij gingen alleen voor een specifiek specialisme naar een ander.

**Keuzemogelijkheid hebben** Passieve patiënten vonden het moeilijk om actief te kiezen, bijvoorbeeld omdat ze

nam andere ziekenhuizen in overweging	semi-actief n = 13 (9%)	actief n = 18 (13%)
	passief n = 100 (70%)	semi-actief n = 10 (7%)
	maakte geen gebruik van kwaliteitsinformatie	maakte wel gebruik van kwaliteitsinformatie

**FIGUUR** Actieve, semi-actieve of passieve keuze van 141 patiënten voor het ziekenhuis waar zij geïnterviewd werden ten behoeve van dit onderzoek. De keuze werd als 'actief' bestempeld als de patiënt aan 2 criteria voldeed: (a) gebruik gemaakt van informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis en (b) andere ziekenhuizen in overweging genomen. Als de patiënt aan slechts 1 criterium voldeed was de keuze semi-actief. Weergegeven zijn de aantallen en percentages patiënten per categorie.

niet genoeg kennis over de kwaliteit van ziekenhuizen hadden of omdat ze twijfelden aan de juistheid van beschikbare informatie. Een actieve patiënt die via een zoekmachine vergelijkingsinformatie had opgezocht, vond echter dat er veel informatie was.

Ook het gebrek aan alternatieven beperkt de keuzemogelijkheid. Soms waren er weinig ziekenhuizen in de omgeving en patiënten, vooral degenen zonder eigen vervoer, hadden geen tijd om te reizen. In andere gevallen konden patiënten slechts bij een paar ziekenhuizen terecht. Patiënten die semi-actief of actief hadden gekozen, gaven echter aan voldoende keuzealternatieven te hebben.

Passieve patiënten gaven aan dat er tijdens hun ziekteproces geen moment was geweest waarop ze actief een ziekenhuis konden kiezen. Metaforisch gesproken kwamen ze in 'een rijdende trein' terecht en was het lastig of onlogisch om hier uit te stappen. Ze wisten bijvoorbeeld hun diagnose niet op het moment van verwijzing, dachten op dat moment geen ingrijpende aandoening te hebben of hadden met spoed zorg nodig. Toen zij eenmaal patiënt bij een bepaald ziekenhuis waren, was het makkelijker om bij dat ziekenhuis te blijven. Bovendien waren ze toen niet kritisch meer over 'hun' ziekenhuis, omdat het een gewoonte was geworden daar naartoe te gaan. Patiënten die semi-actief of actief hadden gekozen gaven echter aan dat bepaalde situaties zich wel leenden voor het maken van een actieve keuze. Voorbeelden van die situaties waren het moment waarop bleek dat een operatie nodig was, veranderingen in hun zorg- of thuissituatie

– bijvoorbeeld een verhuizing –, toen bleek dat ze een ernstige of specifieke ziekte hadden waarvoor gespecialiseerde zorg beschikbaar was, of toen het standaardziekenhuis hen niet kon helpen.

#### TYPLOGIE

Op basis van de mate waarin patiënten actief hadden gekozen en van de factoren die hun keuze hadden beïnvloed, maakten we de volgende typologie van patiënten (voorbeelden in tabel 4):

- Patiënten zonder keuzemogelijkheid door hun ziekteproces. Hun ziekteproces is bijvoorbeeld al begonnen, waardoor het lastig of onlogisch is om een actieve keuze te maken.
- Passieve patiënten. Deze patiënten vinden het actief kiezen van een ziekenhuis niet belangrijk. Ze gaan automatisch naar de standaardoptie toe, omdat ze geen kwaliteitsverschillen zien, geen reden hebben om te wisselen of hun verwijzer vertrouwen.
- Kiezers voor het 'standaardziekenhuis'. Hierin zijn 2 groepen te onderscheiden:
  - Loyale patiënten. Loyale patiënten willen altijd naar het zelfde ziekenhuis toe. Ze beschouwen dit echt als 'hun ziekenhuis', waar ze erg tevreden over zijn en dat ze vertrouwen.
  - Praktische patiënten. Deze patiënten gaan voor gemak, bijvoorbeeld door naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan. Ze zijn ervan overtuigd dat dit ziekenhuis goed genoeg is en dat het niet nuttig is om naar een ander te gaan.
- Patiënten die moeite doen. Deze patiënten denken na over de keuze van een ziekenhuis door andere ziekenhuizen te overwegen of gebruik te maken van kwaliteitsinformatie, om de kwaliteit van hun ziekenhuis te bevestiging of om een keuze te kunnen maken tussen ziekenhuizen.
- Actieve kiezers. Deze patiënten zijn zich bewust van het feit dat er kwaliteitsverschillen bestaan tussen ziekenhuizen en dat ziekenhuizen zich specialiseren in bepaalde aandoeningen en behandelingen. Sommige geïnterviewden in deze groep hechtten groot belang aan hun gezondheid en hadden de mogelijkheid om te kiezen. Anderen echter waren niet per se kritisch, maar werden tot kiezen aangezet, bijvoorbeeld door een slechte ervaring.

#### BESCHOUWING

Verskillende factoren beïnvloeden de manier waarop patiënten een ziekenhuis kiezen of, passiever geformuleerd, bij een ziekenhuis terecht komen. Op basis van deze factoren en de mate waarin patiënten actief kozen,

**TABEL 3** Voorbeelden van opmerkingen van patiënten over het kiezen van een ziekenhuis, gerangschikt naar thema

thema	belemmerend voor actieve keuze	opmerking	kenmerken patiënt*	bevoorderend voor actieve keuze	opmerking
<b>belang van kiezen het ziekenhuis</b>	<p>♂, 51 jaar, ziekenhuis B, afd. Interne geneeskunde, passief</p> <p>♀, 62 jaar, ziekenhuis C, afd. Heelkunde, passief</p>	<p>Antwoordde: 'Nee, ik wilde zo snel mogelijk geholpen worden' op de vraag of hij het idee had gehad dat hij een ziekenhuis moest kiezen</p> <p>'Het maakt me eigenlijk niet zo veel uit waar ik ben. Ze zijn allemaal goed.'</p>	<p>♂, 67 jaar, ziekenhuis C, afd. Heelkunde, actief</p> <p>♀, 60 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, actief</p>	<p>'Ik vind dat er tussen ziekenhuizen een hoop verschil is.'</p> <p>'Je hebt maar één lichaam, dus daar moet goed voor gezorgd worden, dus ik ben voor het beste.'</p>	
<b>reden hebben om te kiezen</b>	<p>♀, 56 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, passief</p> <p>♂, 42 jaar, ziekenhuis A, afd. Heelkunde, passief</p> <p>♂, 73 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, passief</p>	<p>Een patiënt die door de huisarts naar een bepaald ziekenhuis verwezen was, gaf aan dat ze niet bezig was met het kiezen van een ziekenhuis: 'Ziekenhuis C heeft altijd een goede reputatie.'</p> <p>'Je hoort ook in het nieuws dat sommige ziekenhuizen niet goed zijn [...] dus ik dacht van dan maar hier.'</p> <p>'Omdat [...] alle geneeskundige faciliteiten aanwezig zijn'</p> <p>'Ik heb geen reden om niet te gaan. Het is voor ons dichtstbijzijnd.'</p>	<p>♀, 60 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, actief</p>	<p>'Ik wist van horen zeggen dat dit een goed ziekenhuis is'</p>	
<b>afstand tot het ziekenhuis</b>	<p>♀, 63 jaar, ziekenhuis B, afd. Heelkunde, passief</p>	<p>'Ik blijf bij dezelfde behandelaar, dat vind ik toch wel belangrijk. Daar heb ik vertrouwen in.'</p>	<p>niet van toepassing</p>	<p>niet van toepassing</p>	
<b>eerdere ervaringen</b>	<p>♂, 73 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, passief</p>	<p>'Dat vertrouwen is hier geschaad. Dus hier ga ik niet meer naar de oogarts.'</p>	<p>♂, 47 jaar, ziekenhuis C, afd. Heelkunde, passief</p>	<p>'Dat vertrouwen is hier geschaad. Dus hier ga ik niet meer naar de oogarts.'</p>	
<b>keuzemogelijkheid hebben</b>	<p>♀, 72 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, passief</p>	<p>'Dit is toch onbekend terrein voor je, dus dan geef je je toch wel over aan de huisarts.'</p>	<p>♀, 47 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, actief</p>	<p>'Je kunt tegenwoordig alles opzoeken [...]. Je kunt alles over je artsen opzoeken die je gaan helpen, dus als je dan zoiets hebt van nou ik weet het niet, ik kan me voorstellen dat je dan zegt van nou ik wil toch liever een andere arts.'</p>	
<b>hebben van keuzeopties</b>	<p>♀, 76 jaar, ziekenhuis B, afd. Heelkunde, passief</p>	<p>'Het vervoer was een beetje een probleem als je verder weg moest en dit was altijd nog te bifietsen of eventueel een bus.'</p>	<p>♂, 24 jaar, ziekenhuis B, afd. Interne geneeskunde, semi-actief</p>	<p>'Het was eigenlijk een vrij makkelijke keuze. Ik heb het wel heroverwogen, zeker, want er zijn meer dan genoeg andere ziekenhuizen in de buurt. Maar ik wil graag hier blijven.'</p>	
<b>hebben van keuzemomenten</b>	<p>♀, 63 jaar, ziekenhuis B, afd. Heelkunde, passief</p> <p>♂, 41 jaar, ziekenhuis A, afd. Heelkunde, passief</p>	<p>'Ja, dan zegt-ie: 'ja, ga maar eens naar het ziekenhuis; hoeft niks te zijn', ja, en dan kom je erin hè.'</p> <p>Toen hem gevraagd werd of hij kwaliteitsinformatie gezocht had, antwoordde een patiënt: 'Nee, hard werken, dat is wat ik doe.'</p>	<p>♂, 65 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, actief</p> <p>♀, 47 jaar, ziekenhuis C, afd. Interne geneeskunde, actief</p>	<p>'Voor ernstige dingen vind ik het wel belangrijk dat het goed gebeurt, met de top die op dat moment er is'</p> <p>Op de vraag of er bij het bekend worden van de diagnose meteen vervolgspraken gepland werden, antwoordde patiënte: 'Nee, zodra je je gesprek krijgt, krijg je ook de vraag daar van dit kunnen wij voor u doen, of wilt u verder kijken, of wilt u nog een second opinion, of dat soort dingen. Je wordt er heel vrij in gelaten.'</p>	

\* In 3 ziekenhuizen (A, B en C) werden patiënten die de polikliniek Interne geneeskunde of Heelkunde bezochten geïnterviewd over hun keuze voor het betreffende ziekenhuis. De keuze werd als 'actief' bestempeld als de patiënt (a) gebruik had gemaakt van informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis én (b) andere ziekenhuizen in overweging had genomen. Als de patiënt aan slechts 1 van deze 2 criteria voldeed, was de keuze semi-actief; als de patiënt geen informatie had ingewonnen en geen ander ziekenhuis had overwogen, was de keuze passief.

**TABEL 4** Indeling van patiënten naar keuzegedrag bij het kiezen van een ziekenhuis, met citaten per patiëntengroep uit interviews over de keuze voor het ziekenhuis

patiëntentype	patiënt als voorbeeld*	citaat
1 patiënten zonder keuzemogelijkheid	♀, 56 jaar, ziekenhuis C, Interne geneeskunde, passief	‘Geen keus, ik moest gewoon, crisis, moet ik hier naar toe, klaar. Dan ga je niet verder zoeken.’ Na dit eerste bezoek ging patiënte altijd naar dit ziekenhuis voor haar aandoening, omdat continuïteit van zorg belangrijk voor haar was.
2 passieve patiënten	♀, 72 jaar ziekenhuis C, Interne geneeskunde, passief	‘Omdat ik daarnaar doorverwezen ben door de huisarts.’
3 (a) loyale patiënten	♀, 76 jaar, ziekenhuis B, Interne geneeskunde, passief	‘Ik vind het vreemd, een ander ziekenhuis.’
(b) praktische patiënten	♂, 73 jaar, ziekenhuis C, Interne geneeskunde, passief	‘Omdat het voor mij het dichtste bij is en hier in principe ook alle geneeskundige faciliteiten aanwezig zijn.’
4 patiënten die moeite doen	♀, 54 jaar, ziekenhuis B, Interne geneeskunde, semi-actief	‘Ze hebben geen slechte naam. Dat heb ik wel nagekeken.’
5 actieve kiezers	♂, 65 jaar, ziekenhuis C, Interne geneeskunde, actief	‘Vanwege de medisch specialisten die hieraan verbonden zijn. Dat zijn de besten.’

\* In 3 ziekenhuizen (A, B en C) werden patiënten die de polikliniek Interne geneeskunde of Heelkunde bezochten geïnterviewd over hun keuze voor het betreffende ziekenhuis. De keuze werd als ‘actief’ bestempeld als de patiënt (a) gebruik had gemaakt van informatie over de kwaliteit van het ziekenhuis én (b) andere ziekenhuizen in overweging had genomen. Als de patiënt aan slechts 1 van deze 2 criteria voldeed, was de keuze semi-actief; als de patiënt geen informatie had ingewonnen en geen ander ziekenhuis had overwogen, was de keuze passief.

hebben wij hen geïnterviewd in types, variërend van patiënten zonder keuzemogelijkheid tot patiënten die voldoen aan het beeld van de ‘actieve patiënt’.

#### VERGELIJKING MET LITERAATUUR

De meeste patiënten die wij hebben geïnterviewd maakten geen actieve keuze voor een ziekenhuis maar gingen naar het standaardziekenhuis. Dit komt overeen met de bestaande literatuur.<sup>4,8</sup> Voor velen was de keuze van een ziekenhuis triviaal,<sup>18</sup> omdat zij tevreden waren met hun huidige ziekenhuis. Anderen hadden echter het gevoel dat ze geen keuzemogelijkheid hadden, bijvoorbeeld omdat er geen andere ziekenhuizen in de buurt waren. Ook dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek.<sup>3,12,13,19</sup> Dientengevolge laten patiënten hun huisarts een ziekenhuis kiezen of gaan ze naar hun huidige of plaatselijke ziekenhuis.<sup>4,8,20</sup>

Als iemand eenmaal ergens in behandeling is, is het lastig om actief te kiezen. Dit blijkt uit het feit dat geïnterviewden aangaven dat zij geen keuze hadden vanwege hun ziekteproces. Dit komt overeen met de ‘logica van het zorgen’, die ervan uitgaat dat de zorg zich niet leent voor het maken van keuzes.<sup>10</sup> Het marktdenken, waar het huidige zorgstelsel op gebaseerd is, gaat ervan uit dat patiënten een ziekenhuis kiezen als ze eenmaal hun diagnose weten. Volgens de logica van het zorgen is er echter geen duidelijk moment waarop een keuze gemaakt kan

worden. Diagnosticeren en behandelen wisselen elkaar af, zelfs bij patiënten van de afdelingen Heelkunde, die vaak electieve zorg nodig hebben.

Een deel van de geïnterviewden koos bewust voor het standaardziekenhuis. Bestaand onderzoek laat ook zien dat patiënten voorkeur hebben voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis of het ziekenhuis waar ze eerder geweest zijn.<sup>4</sup> Over het algemeen zijn patiënten loyaal naar het ziekenhuis in de buurt.<sup>20</sup>

Een ander deel van de geïnterviewde patiënten had zich beziggehouden met de keuze voor een ziekenhuis. Maar patiënten vervullen de consumentenrol alleen in bepaalde situaties, bijvoorbeeld na slechte ervaringen. Deze situaties stimuleren hen om een ander ziekenhuis te kiezen; ook dit komt overeen met bevindingen uit de literatuur.<sup>21</sup> Een paar patiënten zagen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen en wilden de beste zorg. Zij maakten een actieve keuze, los van de situatie.

#### STERKE PUNTEN, BEPERKINGEN EN VERDER ONDERZOEK

Vanuit het perspectief van de patiënt maakten wij een typologie van patiënten die al dan niet actief kiezen voor hun ziekenhuis. Hierbij zijn wij ervan uitgegaan dat patiënten verschillen in hun intenties en mogelijkheden om te kiezen, in plaats van ons alleen te richten op de ziekenhuiskenmerken die zij belangrijk vinden. Door een groot aantal patiënten van verschillende ziekenhuizen en afde-

lingen te interviewen, verkregen wij verschillende perspectieven. Onze resultaten kunnen echter niet gegeneraliseerd worden naar de totale populatie van ziekenhuispatiënten, omdat onze steekproef wellicht niet representatief was voor deze groep. De cijfers in dit onderzoek moeten dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden. Kwantitatief onderzoek kan de 5 patiënttypen valideren door te testen of verschillen tussen patiëntgroepen die op basis van de literatuur verwacht worden, ook tussen deze patiënttypen bestaan.

## CONCLUSIE

Al voldoen sommige patiënten aan het beeld van de actieve patiënt, anderen vervullen de consumentenrol niet of alleen in bepaalde situaties. Patiënten gaan meestal naar het standaardziekenhuis omdat ze daar tevreden zijn en geen enkele reden hebben om over de keuze van een ziekenhuis na te denken. Anderen hebben echter het idee dat zij niet kunnen kiezen, bijvoorbeeld door het ontbreken van een duidelijk keuzemoment. Het is dus de vraag of patiëntenkeuze werkt als middel om de zorg te verbeteren op een macroniveau. Het marktdenken lijkt niet goed in de zorg te passen. Een deel van de patiënten gaat echter bewust naar het standaardziekenhuis, wat aangeeft dat patiënten waarde hechten aan de mogelijkheid om te kiezen. Om ervoor te zorgen dat patiënten toch bij het ziekenhuis terecht komen dat het beste bij ze past, zouden verschillende maatregelen genomen kunnen worden, bijvoorbeeld het ontwikkelen van kwaliteitsinformatie voor huisartsen, het attenderen van

- **Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op marktdenken, wat veronderstelt dat de keuzemogelijkheid van patiënten voor een zorgaanbieder leidt tot concurrentie en zodoende tot kwaliteitsverbetering in de zorg.**
- **Patiënten verschillen in de manier waarop ze een ziekenhuis kiezen, variërend van patiënten zonder keuzemogelijkheid tot patiënten die informatie over ziekenhuizen inwinnen en alternatieven overwegen.**
- **Omdat veel patiënten geen reden of mogelijkheid hebben om een actieve keuze voor een ziekenhuis te maken, gaan zij naar het voor de hand liggende ziekenhuis toe.**
- **Patiënten hechten waarde aan de mogelijkheid een zorgaanbieder te kiezen.**
- **Het is nog maar de vraag of patiëntenkeuze werkt als middel om de zorg op een macroniveau te verbeteren.**

patiënten op hun keuzerecht gedurende hun gehele ziekteproces en het vergemakkelijken van de overstap naar een ander ziekenhuis.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 15 oktober 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8164

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A8164](http://WWW.NTVG.NL/A8164)**

## LITERATUUR

- 1 Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(Suppl):24-48.
- 2 Victoor A, Friele RD, Delnoij DMJ, Rademakers JDDJM. Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:441.
- 3 Birk HO, Henriksen LO. Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:126.
- 4 Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Econ Policy Law*. 2010;5:295-317.
- 5 Ikkersheim DE, Koolman X. Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:76.
- 6 Vrangbaek K, Østergren K, Birk HO, Winblad U. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Econ Policy Law*. 2007;2(Pt 2):125-52.
- 7 Kooreman P, Prast H. What does behavioral economics mean for policy? Challenges to savings and health policies in the Netherlands. *Economist*. 2010;158:101-22.
- 8 Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JDDJM. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:272.
- 9 Van Hoorn E, Bellemakers C, Koster J. De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing. Amsterdam: IGPB; 2003.
- 10 Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Van Genneep; 2006.
- 11 Exworthy M, Peckham S. Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy. *Soc Policy Adm*. 2006;40:267-87.
- 12 Tai WT, Porell FW, Adams EK. Hospital choice of rural Medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient-physician relationship. *Health Serv Res*. 2004;39(6 Pt 1):1903-22.
- 13 Victoor A, Rademakers J, Reitsma-van Rooijen M, de Jong J, Delnoij D, Friele R. The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *J Health Serv Res Policy*. 2013;19:4-11.

- 14 Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1998.
- 15 Waterman H, Brunton L, Fenerty C, Mottersthead J, Richardson C, Spencer F. Adherence to ocular hypotensive therapy: patient health education needs and views on group education. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:55-63.
- 16 Kuckartz U. *MAXQDA 2007 reference manual for Windows 2000 and XP* [computer program]. Marburg: VERBI Software; 2007.
- 17 Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, et al. Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expect*. 17 juni 2014 (epub).
- 18 Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13:178-84.
- 19 Damman OC, Hendriks M, Rademakers J, Spreuwenberg P, Delnoij DM, Groenewegen PP. Consumers' interpretation and use of comparative information on the quality of health care: the effect of presentation approaches. *Health Expect*. 2012;15:197-211.
- 20 Dealey C. The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *Br J Nurs*. 2005;14:576-9.
- 21 Robertson R, Burge P. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16(Suppl 1):22-8.