Het keuzeproces van zorgconsumenten voor een zorgverlener

Een kwantitatief onderzoek

Leenke Visser · Karel Jan Alsem

Published online: 4 March 2020
 © The Author(s) 2020

Samenvatting Het in 2006 ingevoerde zorgstelsel met meer marktwerking verwacht van zorgconsumenten dat ze bewust voor een zorgverlener kiezen. Het is daarom van belang te weten hoe het keuzeproces van zorgconsumenten verloopt. Dit keuzeproces is onderzocht door een vragenlijst af te nemen onder zorgconsumenten ($n=585$). Uit de resultaten bleek dat het advies van of doorverwijzing door de (huis)arts en de afstand tot de zorgverlener redenen zijn die het vaakst een rol spelen in de keuze voor een zorgverlener. Verder is gebleken dat geslacht, opleidingsniveau, leeftijd, zorgtype en de ernst van de aandoening samenhangen met de reden(en) waarom er wordt gekozen voor een zorgverlener. Tevredenheid blijkt sterk samen te hangen met loyaliteit. De kans dat een zeer tevreden persoon loyaal is aan de zorgaanbieder is ruim vijf keer zo groot als voor een ('gewoon') tevreden persoon. Zorgverleners moeten streven naar zeer tevreden zorgconsumenten door hen (meer) inspraak te geven in de planning en te zorgen voor goede bereikbaarheid en goede nazorg. Zeer tevreden consumenten zijn loyaal aan de zorgverlener en dit maakt het waarschijnlijker dat de consument terug zal komen bij de zorgverlener.

Trefwoorden keuzeproces · zorgconsument · zorgverlener

The decision-making process of healthcare consumers for a healthcare provider A quantitative study

Abstract The new, more market force healthcare system, introduced in 2006, expects healthcare consumers to deliberately choose a healthcare provider. Therefore, it is important to know how this decision-making process takes place. This was studied by administering questionnaires to healthcare consumers ($N=585$). This study shows that the general practitioner and the distance to the healthcare provider are important aspects in the decision-making process. Furthermore, it is shown that gender, level of education, age, type of care (paramedical versus medical) and seriousness of the disorder are associated with the reason(s) for the decision. It is shown that satisfaction is associated with loyalty. A highly satisfied person is more than five times as likely to be loyal to the healthcare provider compared to a ('normally') satisfied person. Efforts should be made to strive for high satisfaction rates by giving consumers (more of) a say in the schedule and by providing good accessibility and good aftercare. Highly satisfied persons are loyal to the healthcare provider and this makes it more likely that the consumer will return to the healthcare provider.

Keywords Choice behavior · Patients · Delivery of health care

Inleiding

De zorgsector is volop in beweging. Een belangrijke verandering is dat in 2006 in Nederland een nieuw zorgstelsel is ingevoerd, waarbij de overheid aanstuurt op meer marktwerking, met als doel een betere prijs-kwaliteitverhouding. Om deze marktwerking te be-

L. Visser (✉) · K. J. Alsem
 Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland
 l.visser@pl.hanze.nl

K. J. Alsem
 Alsem Strategie, Haren, Nederland

werkstelligen wordt van de zorgconsument een actieve houding verwacht wat betreft de keuze voor een zorgverlener [1]. Een tweede belangrijke verandering is de toenemende transparantie van de zorgmarkt. De beschikbaarheid van informatie over ervaringen met zorgorganisaties van patiënten neemt toe. Ook neemt het aantal instanties toe dat de kwaliteit van zorgorganisaties weergeeft in ranglijsten, zoals *Elsevier Weekblad*. Deze veranderingen leiden ertoe dat consumenten kritischer worden [2]. Dit geldt echter niet voor elke zorgconsument: veel zorgconsumenten hebben nog de gewoonte om naar de dichtstbijzijnde zorgverlener te gaan [3]. Om de beoogde marktwerking (verder) te bevorderen is het noodzakelijk een duidelijk beeld te krijgen van de manier waarop een zorgconsument voor een zorgverlener kiest.

De grondgedachte bij het nieuwe zorgstelsel is dat er marktwerking ontstaat. Het uitgangspunt bij marktwerking is dat consumenten 'actief' voor een zorgverlener kiezen. Ze gaan op zoek naar informatie over de kwaliteit van de zorgverleners en maken vervolgens een keuze [2]. Zorgconsumenten die actief kiezen, hebben een grotere gezondheidswinst dan zorgconsumenten die niet actief kiezen [3]. Mensen moeten echter cognitief voldoende vaardig zijn om een rationele keuze te kunnen maken en daarnaast moeten ze de beschikking hebben over complete informatie. Vaak wordt er niet, of beperkt, aan deze voorwaarden voldaan, met als gevolg dat rationeel kiezen vaak niet of beperkt mogelijk is [4-6]. Mensen zullen dan vereenvoudigde strategieën gaan gebruiken om tot een keuze te komen [7]. Een voorbeeld van zo'n strategie is om één factor dominant te laten zijn (bijvoorbeeld afstand, een concrete en makkelijk te begrijpen factor) en de andere factoren (bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg, een complexe factor) buiten beschouwing te laten [8, 9]. Naast een groep zorgconsumenten die niet actief kán kiezen, is er ook een grote groep die de keuze relatief onbelangrijk vindt en daarom niet actief kiest [3]. De vraag is om welke redenen zorgconsumenten voor een zorgverlener kiezen of, passiever geformuleerd, bij een zorgverlener terechtkomen.

Daarnaast is het ook belangrijk meer te weten over welke consumenten om welke reden(en) voor een zorgverlener kiezen en in welke situatie ze dat doen. Zorgconsumenten maken verschillende keuzen in uiteenlopende situaties [3]. Oudere en minder hoog opgeleide personen volgen vaker het advies van de arts op [10]. Er is echter nog weinig bekend over de invloed van de ernst van de aandoening en het type benodigde zorg op de redenen om voor een zorgverlener te kiezen.

Zoals gezegd ervaren zorgconsumenten die actief voor een zorgverlener kiezen meer gezondheidswinst dan zorgconsumenten die dat niet doen. Actieve kiezers bleken ook minder tevreden te zijn over de zorgverlener dan niet-actieve kiezers [3]. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat actieve kiezers kritischer zijn en hogere verwachten hebben van de zorg dan niet-

actieve kiezers. Er is weinig onderzoek gedaan naar het verband tussen de redenen waarom er voor een zorgverlener wordt gekozen en tevredenheid.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat tevredenheid over een zorgorganisatie niet automatisch leidt tot loyaliteit [11, 12]. Zorgorganisaties willen graag dat zorgconsumenten terugkomen en dus loyaal zijn en willen daarom tevreden zorgconsumenten. In tegenstelling tot wat doorgaans wordt verondersteld, is het verband tussen houding en gedrag zwak. Een tevreden consument zal eerder overstappen naar een concurrent, dan een zeer tevreden consument [13]. Overigens is loyaliteit binnen de zorg een wat vreemde term, aangezien niemand graag naar het ziekenhuis terug wil [2]. Loyaliteit van zorgconsumenten zal volgens Lee dan ook gemeten kunnen worden door te vragen wat de kans is dat de zorgconsument de zorgverlener zou aanbevelen bij vrienden en familie [11].

Dit onderzoek richt zich op het keuzeproces voor een zorgverlener, waarbij de volgende vragen centraal staan:

1. Om welke redenen kiezen zorgconsumenten voor een zorgverlener en hoe hangen deze samen met demografische en aandoeninggerelateerde kenmerken?
2. Hoe ziet het verband tussen deze redenen en tevredenheid eruit?
3. Hoe ziet het verband tussen tevredenheid en loyaliteit eruit?

Methode

Procedure

Er is gebruikgemaakt van een schriftelijke vragenlijst, waarmee verschillende aspecten van de laatste zorgervaring in kaart zijn gebracht. Zorgervaringen bij de huisarts en de tandarts zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat de laatste zorgervaring veelal bij een van deze twee zorgverleners zal zijn geweest, waardoor de variatie in type zorgverleners beperkt zou worden. In januari 2019 hebben zeventien studenten van de Hanzehogeschool Groningen de vragenlijst afgenomen in de plaatsen Groningen, Assen, Leeuwarden, Drachten, Hoozeveld, Hogeveen en Meppel. Respondenten zijn op verschillende locaties in deze plaatsen (zoals horecagelegenheden, winkelcentra, stations, de campus van een hogeschool en een bibliotheek) benaderd met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Desgewenst konden de respondenten een korte uitleg krijgen bij onduidelijkheden. Voorwaarde voor deelname was dat de respondent ten minste achttien jaar oud is.

De steekproef

In totaal hebben 636 respondenten deelgenomen. Van deze groep zijn 51 respondenten geëxcludeerd omdat ze jonger dan achttien waren, omdat ze geen erva-

Tabel 1 Beschrijving van de kenmerken van de steekproef ($n = 585$)

		<i>n</i>	%
Geslacht	man	261	44,6
	vrouw	316	54,0
	onbekend	8	1,4
Opleidingsniveau	basisschool	32	5,5
	voortgezet onderwijs	151	25,8
	mbo	207	35,4
	hbo/universiteit bachelor	152	26,0
	universiteit master/gepromoveerd	27	4,6
	onbekend	16	2,7
Leeftijd: gem. (sd) ($n = 583$)		39,4 (20,5)	
Ernst: gem. (sd) ($n = 500$)		3,40 (1,8)	
Zorgtype	medisch specialist	274	46,8
	fysiotherapie	162	27,7
	geestelijke gezondheidszorg	52	8,9
	verloskunde	29	5,0
	logopedie	23	3,9
	diëtetiek	21	3,6
	alternatieve zorg	8	1,4
	podoloog	6	1,0
	ergotherapie	4	0,7
	anders	6	1,0
Gem. gemiddelde, sd standaarddeviatie			

ring hadden met de zorg of omdat de laatste zorgervaring een spoedgeval betrof en er daardoor geen mogelijkheid was om voor een zorgverlener te kiezen. Dit brengt het totale aantal respondenten op 585. In tab. 1 zijn de demografische gegevens van de steekproef weergegeven. Het aantal vrouwen was licht oververtegenwoordigd en het modale opleidingsniveau was mbo. De gemiddelde leeftijd was 39,4.

Meetinstrument

De volgende variabelen zijn in kaart gebracht met behulp van de vragenlijst: demografische gegevens, de ernst van de aandoening, het zorgtype, de redenen van de keuze, tevredenheid en loyaliteit.

Demografische gegevens

Respondenten is gevraagd naar hun geslacht, hun leeftijd en de hoogst afgeronde opleiding, waarbij de antwoordmogelijkheden waren: 'geen/basisschool', 'voortgezet onderwijs', 'mbo', 'hbo/universiteit bachelor' en 'universiteit master/gepromoveerd'. Het opleidingsniveau en de leeftijd zijn opgedeeld in drie groepen (voor het opleidingsniveau zijn de eerste twee en de laatste twee antwoordmogelijkheden samengevoegd, en leeftijd is ingedeeld in ≤ 25 jaar; $26\text{--}50$ jaar; > 50 jaar).

De ernst van de aandoening

De ernst van de aandoening waarvoor de respondenten bij de betreffende zorgverlener zijn geweest is gemeten door hen de volgende stelling voor te leggen: 'De aandoening waarvoor ik behandeld werd was zeer ernstig'. De respondent kon vervolgens op een zevenpuntsschaal (1 = helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens) aangeven in welke mate hij/zij het eens is met deze stelling. Ook is de antwoordoptie 'n.v.t.' (niet van toepassing) opgenomen. De scores zijn opgedeeld in twee groepen: 'niet-ernstig' (score 1–4) en 'ernstig' (score 5–7).

Het zorgtype

Er is gevraagd onder welke zorgtype de laatste zorgervaring valt, waarbij de volgende antwoordmogelijkheden werden gegeven: 'medisch specialist in ziekenhuis', 'fysiotherapie', 'logopedie', 'ergotherapie', 'diëtetiek', 'geestelijke gezondheidszorg', 'verloskunde' en 'anders, namelijk ...'. Bij deze laatste antwoordmogelijkheid werd de mogelijkheid geboden een andere zorgtype in te vullen. Vervolgens zijn de gegeven antwoorden opgesplitst in paramedische (zorgverlener zonder universitaire opleiding tot arts) en medische zorg (zorgverlener met universitaire opleiding tot arts). Hierbij moet opgemerkt worden dat het niet bekend was of de gekregen geestelijke zorg onder paramedische of medische zorg viel. Een psycholoog bijvoorbeeld valt onder paramedische zorg en een psychiater onder medische zorg. Deze respondenten zijn onderverdeeld onder paramedische zorg.

De redenen van de keuze

Respondenten is gevraagd waarom de keuze op de betreffende zorgaanbieder is gevallen. Hierbij zijn de volgende antwoordmogelijkheden voorgelegd (waarbij de respondent meerdere antwoorden kon aankruisen): 'afstand', 'bereikbaarheid (openbaar vervoer/parkeermogelijkheden)', 'lengte wachtlijst', 'eerdere ervaring', 'positieve beoordelingen op internet', 'op advies van/doorverwijzing door (huis)arts', 'advies van familie/vrienden', 'deskundig op dit gebied' en 'anders, namelijk ...' [3, 13–15]. Bij deze laatste antwoordmogelijkheid werd de gelegenheid geboden een andere reden in te vullen.

Tevredenheid

De tevredenheid over de betreffende zorgverlener is gemeten met een zevenpuntsschaal (1 = zeer ontevreden, 7 = zeer tevreden). Ook is de antwoordoptie 'n.v.t.' opgenomen. De respondent is gevraagd over de volgende aspecten een oordeel te geven: 'zorgaanbieder als geheel', 'afstand', 'bereikbaarheid (openbaar vervoer/parkeermogelijkheden)', 'lengte wachtlijst', 'deskundigheid', 'informatievoorziening wat betreft behandeldatum, tijdstip, enzovoort', 'informatie over de behandeling', 'inspraak in behandeldatum, tijdstip, enzovoort', 'inspraak in de behandeling', 'klantvriendelijkheid/gastvrijheid' en 'nazorg'. De scores op het

aspect 'zorgaanbieder als geheel' zijn opgedeeld in laag (score 1, 2 of 3), midden (score 4 of 5) en hoog (score 6 en 7).

Loyaliteit

Loyaliteit is gemeten met de Net Promotor Score (NPS) [16]. Respondenten is gevraagd de volgende vraag te beantwoorden op een elfpuntsschaal (0 = zeer onwaarschijnlijk, 10 = zeer waarschijnlijk): 'Stel iemand binnen uw familie- of vriendenkring moet eenzelfde of vergelijkbare behandeling ondergaan, hoe waarschijnlijk is het dat u deze zorgaanbieder dan zou aanbevelen?' Vervolgens zijn de scores gecategoriseerd naar 'weglopers' (score 0–6), 'passieven' (score 7–8) en 'promotors' (score 9–10).

Gegevensanalyse

Allereerst zijn er beschrijvende statistieken berekend voor de redenen waarom er voor de betreffende zorgverlener is gekozen. Vervolgens is het verband geanalyseerd tussen demografische en aandoeninggerelateerde factoren en de redenen om voor een zorgverlener te kiezen. Aansluitend is het verband geanalyseerd tussen de redenen waarom er voor een zorgverlener is gekozen en de mate van tevredenheid en loyaliteit. Dit is voor de totale groep, voor niet-ernstige en ernstige aandoeningen, en voor paramedische en medische zorg apart gedaan. Met een t-toets is getoetst of de mate van tevredenheid en de mate van loyaliteit voor deze twee groepen voor deze kenmerken van elkaar verschillen. Vervolgens is het verband tussen tevredenheid en loyaliteit geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistieken en een correlatieanalyse. Ten slotte is met een univariate en multivariate logistische regressieanalyse het verband tussen de verschillende aspecten van tevredenheid en loyaliteit onderzocht.

Resultaten

De redenen van de keuze van de zorgorganisatie

In tab. 2 is weergegeven om welke reden(en) er voor een zorgverlener is gekozen. De meest genoemde reden is 'op advies van/doorverwijzing door de (huis)arts' (41,7%). Daarop volgt de afstand naar de zorgverlener als meest genoemde reden (33,6%).

In tab. 3 is het verband tussen demografische en aandoeninggerelateerde kenmerken enerzijds en de redenen om te kiezen voor een zorgverlener anderzijds weergegeven in percentages en oddsratio's (OR). Er is een significant verband gevonden tussen geslacht en de rol die eerdere ervaringen spelen in de keuze voor een zorgverlener. Vrouwen blijken deze belangrijker te vinden dan mannen (OR=1,63; $p<0,05$). Verder is er een significant verband gevonden tussen opleidingsniveau en deskundigheid. Hoogopgeleiden noemen dit vaker als reden dan laagopgeleiden

Tabel 2 Redenen van de keuze van de zorgverlener

	n	%
Op advies van/doorverwijzing door (huis)arts	242	41,7
Afstand	195	33,6
Eerdere ervaring	121	20,8
Advies van familie/vrienden	105	18,1
Deskundig op dit gebied	96	16,5
Bereikbaarheid (openbaar vervoer/parkeermogelijkheden)	79	13,6
Positieve beoordelingen op internet	48	8,3
Lengte wachtlijst	39	6,7
Anders	13	2,2
Totaal	581	–

(OR=2,17; $p<0,01$). Ook blijkt dat voor oude mensen positieve beoordelingen op internet (OR=0,39; $p<0,05$) en het advies van familie/vrienden (OR=0,45; $p<0,01$) een kleinere rol spelen in de keuze van een zorgverlener dan voor jonge mensen. Daarnaast komt naar voren dat voor medische zorg de (huis)arts vaker een rol speelt (OR=2,18; $p<0,001$) en positieve beoordelingen op internet (OR=0,23; $p<0,001$) en het advies van familie/vrienden minder vaak een rol spelen (OR=0,41; $p<0,001$) in vergelijking met paramedische zorg. Ten slotte is gebleken dat deskundigheid een belangrijkere rol speelt bij ernstige aandoeningen dan bij niet ernstige aandoeningen (OR=1,78; $p<0,05$).

Verband tussen redenen van de keuze voor een zorgverlener en tevredenheid en loyaliteit

Over het algemeen zijn mensen tevreden over de zorgaanbieder. De gemiddelde score (op een schaal van 1 tot 7) is 5,69 (sd=1,11). De scores op de verschillende aspecten van tevredenheid variëren van 5,24 (sd=1,48) op de lengte van de wachtlijst tot 6,04 (sd=1,14) voor klantvriendelijkheid/gastvrijheid (resultaten niet weergegeven). In tab. 4 is per reden de gemiddelde tevredenheid over de zorgaanbieder als geheel weergegeven voor de respondenten die de betreffende reden hebben aangedragen. De score op zowel eerdere ervaring als deskundigheid is significant hoger dan de scores op bereikbaarheid, lengte van de wachtlijst en het advies van familie/vrienden (resultaten niet weergegeven). Ook zijn de gemiddelde scores voor de aandoeninggerelateerde kenmerken apart weergegeven: ernst van de aandoening en zorgtype. Voor deze twee variabelen zijn de grootste verschillen in de mate van tevredenheid gevonden voor de respondenten die positieve beoordelingen op internet als reden hadden aangedragen om voor een zorgverlener te kiezen. Van deze respondenten zijn de respondenten met een ernstige aandoening minder tevreden dan respondenten met een niet-ernstige aandoening, maar dit verschil is niet significant ($t=1,58$; $p=0,13$). In deze groep is het verschil voor zorgtype wel signi-

Tabel 3 Verband tussen demografische en aandoeninggerelateerde kenmerken en redenen van de keuze van de zorgverlener

Kenmerk	Afstand		Bereikbaarheid		Lengte wachttijd		Eerdere ervaring		Positieve beoordelingen internet		Advies/doorverwijzing (huis)arts		Advies familie/vrienden		Deskundig	
	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)	% ^a	OR (95 %-BI)
Geslacht																
man	34,1	referentie	13,4	referentie	5,4	referentie	16,5	referentie	6,5	referentie	39,5	referentie	18,8	referentie	17,2	referentie
vrouw	33,2	0,96 (0,68–1,36)	13,9	1,05 (0,65–1,68)	5,4	0,69 (0,35–1,34)	24,4	1,63* (1,08–2,48)	9,8	1,56 (0,84–2,89)	42,4	1,13 (0,81–1,58)	17,4	0,91 (0,60–1,40)	15,8	0,90 (0,58–1,40)
Opleiding																
laag	34,4	referentie	14,8	referentie	7,7	referentie	20,2	referentie	8,2	referentie	45,4	referentie	19,7	referentie	12,0	referentie
midden	29,5	0,80 (0,52–1,22)	10,6	0,69 (0,38–1,25)	7,7	1,01 (0,48–2,13)	22,2	1,13 (0,69–1,84)	7,7	0,94 (0,45–1,96)	42,5	0,89 (0,60–1,33)	19,8	1,01 (0,61–1,66)	15,5	1,34 (0,75–2,40)
hoog	35,2	1,03 (0,67–1,59)	15,6	1,07 (0,60–1,90)	4,5	0,57 (0,23–1,38)	20,7	1,03 (0,62–1,71)	8,9	1,10 (0,53–2,30)	34,6	0,64 (0,42–0,98)	14,0	0,66 (0,38–1,16)	22,9	2,17** (1,24–3,83)
Leeftijd																
jong	33,6	referentie	15,5	referentie	6,2	referentie	18,6	referentie	9,7	referentie	39,8	referentie	22,6	referentie	15,0	referentie
midden	32,4	0,95 (0,63–1,43)	10,8	0,66 (0,37–1,19)	7,6	1,24 (0,58–2,67)	23,2	1,33 (0,82–2,14)	10,3	1,06 (0,56–2,03)	37,8	0,92 (0,62–1,37)	17,8	0,75 (0,46–1,22)	15,7	1,05 (0,61–1,80)
oud	34,3	1,03 (0,68–1,57)	14,0	0,89 (0,50–1,55)	5,8	0,94 (0,41–2,16)	20,9	1,16 (0,71–1,91)	4,1	0,39* (0,16–0,94)	46,5	1,31 (0,88–1,96)	11,6	0,45** (0,26–0,79)	19,2	1,34 (0,79–2,27)
Zorgtype																
paramedisch	32,3	referentie	12,5	referentie	8,1	referentie	22,2	referentie	13,1	referentie	33,0	referentie	23,2	referentie	15,2	referentie
medisch	35,0	1,13 (0,80–1,60)	15,0	1,24 (0,77–2,00)	5,1	0,61 (0,31–1,21)	19,0	0,82 (0,55–1,23)	3,3	0,23*** (0,11–0,47)	51,8	2,18*** (1,56–3,07)	10,9	0,41*** (0,26–0,65)	16,4	1,10 (0,70–1,73)
Ernst																
niet ernstig	33,7	referentie	14,4	referentie	6,8	referentie	23,5	referentie	5,9	referentie	39,7	referentie	17,8	referentie	13,0	referentie
ernstig	29,9	0,84 (0,55–1,27)	13,6	0,93 (0,53–1,63)	5,4	0,79 (0,35–1,80)	16,3	0,64 (0,38–1,05)	9,5	1,66 (0,82–3,37)	49,0	1,46 (0,99–2,15)	17,0	0,94 (0,57–1,57)	21,1	1,78* (1,08–2,95)

^aPercentage respondent(en) dat de betreffende reden noemt voor de verschillende kenmerken

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabel 4 Reden voor de keuze van de zorgverlener en tevredenheid over de zorgaanbieder

Reden ^a	Tevredenheid ^b					Loyaliteit ^c				
	Ernst		Zorgtype		Totaal	Ernst		Zorgtype		Totaal
	niet-ernstig	ernstig	paramedisch	medisch		niet-ernstig	ernstig	paramedisch	medisch	
	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)	gem. (sd)
Afstand	5,78 (0,89)	5,52 (1,13)	5,67 (1,02)	5,65 (0,98)	5,66 (0,99)	7,82 (1,58)	7,77 (1,53)	7,63 (1,87)	7,74 (1,62)	7,70 (1,74)
<i>n</i>	117	44	96	94	193	118	43	95	94	192
Bereikbaarheid	5,52 (1,07)	5,35 (1,23)	5,42 (1,20)	5,50 (1,20)	5,45 (1,19)	7,61 (1,64)	7,80 (1,40)	7,53 (2,18)	7,70 (1,34)	7,62 (1,77)
<i>n</i>	50	20	36	40	77	51	20	36	40	77
Lengte wachtlijst	5,25 (1,11)	5,00 (1,69)	5,13 (1,52)	5,57 (1,02)	5,26 (1,35)	7,52 (1,73)	6,88 (1,96)	7,26 (2,14)	7,75 (1,01)	7,30 (1,98)
<i>n</i>	24	8	23	14	38	24	8	23	14	38
Eerdere ervaring	5,90 (1,03)	5,88 (1,33)	5,98 (1,07)	5,69 (1,13)	5,88 (1,10)	8,07 (1,39)	7,75 (0,99)	8,30 (1,25)	7,78 (1,33)	8,07 (1,30)
<i>n</i>	83	24	66	52	121	83	24	66	51	120
Positieve beoordelingen internet	5,81 (1,03)	5,21 (1,19)	5,82 (0,98)	4,89 (0,93)	5,64 (1,03)	7,76 (1,38)	7,29 (1,38)	7,84 (1,22)	7,00 (1,41)	7,68 (1,29)
<i>n</i>	21	14	38	9	47	21	14	38	9	47
Advies/ doorverwijzing (huis)arts	5,70 (1,03)	5,63 (1,10)	5,78 (0,94)	5,64 (1,15)	5,70 (1,07)	7,59 (1,63)	7,72 (1,42)	7,73 (1,58)	7,63 (1,55)	7,67 (1,55)
<i>n</i>	139	71	97	140	239	139	72	96	141	239
Advies Familie/ vrienden	5,41 (1,20)	5,52 (1,48)	5,54 (1,19)	5,24 (1,43)	5,49 (1,24)	7,44 (1,48)	7,44 (1,69)	7,34 (1,80)	7,50 (1,50)	7,43 (1,69)
<i>n</i>	61	25	68	29	103	63	25	69	30	105
Deskundig	5,74 (0,93)	5,94 (0,81)	5,91 (0,95)	5,75 (0,94)	5,84 (0,94)	7,96 (1,55)	7,84 (1,42)	7,88 (1,62)	7,79 (1,64)	7,89 (1,59)
<i>n</i>	46	31	45	44	95	46	31	45	45	96

Gem. gemiddelde, sd standaarddeviatie

^aRespondenten die de betreffende reden hebben genoemd^bSchaal 1–7 (1 = zeer ontevreden; 7 = zeer tevreden) tevredenheid zorgaanbieder als geheel^cSchaal 0–10 (0 = zeer onwaarschijnlijk; 10 = zeer tevreden)

ficant: respondenten met medische zorg zijn minder tevreden dan de respondenten met paramedische zorg ($t=2,57$; $p=0,014$). De overige verschillen zijn niet significant. Hierbij moet opgemerkt worden dat zorgtype en de ernst van de aandoening significant samenhangen ($\chi^2=4,45$; $p<0,05$), maar het verband is zeer zwak ($\phi=0,10$).

Verder is in tab. 4 per reden de gemiddelde score op loyaliteit weergegeven. De gemiddelde score (op een schaal van 1 tot 10) is 7,89 ($sd=1,59$). De score op eerdere ervaring is significant hoger dan de scores op afstand, lengte van de wachtlijst, het advies/doorverwijzing door (huis)arts en het advies van familie/vrienden. Daarnaast is de score op deskundigheid significant hoger dan die op het advies van familie/vrienden. Ook voor loyaliteit zijn de gemiddelde scores apart weergegeven voor de ernst van de aandoening en het zorgtype. Respondenten die medische zorg ontvingen en die eerdere ervaring als reden aandroegen om voor deze zorgverlener te kiezen, zijn significant minder loyaal ($t=2,14$; $p=0,033$) dan de respondenten die paramedische zorg ontvingen en deze reden aandroegen. De overige verschillen zijn niet significant (resultaten niet weergegeven).

Vrouwen blijken tevredener en loyaler te zijn dan mannen. Dit verschil is voor tevredenheid niet significant ($t=1,94$, $p=0,053$) en voor loyaliteit wel ($t=2,40$; $p=0,017$). Opleidingsniveau hangt niet samen met tevredenheid, noch met loyaliteit. Er is een significant verband gevonden tussen leeftijd en tevredenheid ($r=0,22$; $p<0,001$) en tussen leeftijd en loyaliteit ($r=0,15$; $p<0,001$): hoe hoger de leeftijd, hoe tevredener en loyaler de respondent is. Deze verbanden zijn echter zwak (resultaten niet weergegeven).

Verband tussen tevredenheid en loyaliteit

In dit onderzoek is er een sterk verband gevonden tussen tevredenheid over de zorgaanbieder als geheel en loyaliteit ($r=0,58$; $p<0,001$). In fig. 1 is de relatie tussen deze twee variabelen weergegeven. Bijna de helft (43,9%) van de meest tevreden respondenten zal de zorgverlener promoten. Voor de middelste groep is dit percentage 8,5%. De kans dat een zeer tevreden persoon de zorgaanbieder zal promoten is dus 5,29 (43,9/8,5) keer zo groot als voor een tevreden persoon.

Tab. 5 laat de resultaten zien van de logistische regressieanalyse van de verschillende aspecten van de

Figuur 1 Het verband tussen tevredenheid en loyaliteit

zorgverlener en het 'promoten' versus het 'niet-promoten' ('weglopers' en 'passieven' samengevoegd) van de zorgverlener. Voor elk aspect geldt dat, ongecorrigeerd voor de overige aspecten, het samenhangt met het promoten van de zorgaanbieder. Gecorrigeerd voor de overige aspecten blijkt dit alleen te gelden voor de bereikbaarheid ($OR=1,45$; $p<0,05$), de deskundigheid ($OR=2,47$; $p<0,001$), de inspraak in behandeldatum, tijdstip, enzovoort ($OR=1,56$; $p<0,05$)

en de nazorg ($OR=1,45$; $p<0,05$). Deskundigheid blijkt de sterkste voorspeller te zijn.

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de redenen die een rol spelen bij het kiezen van een zorgverlener en hoe deze samenhangen met demografische en aandoeninggerelateerde kenmerken, en met tevredenheid over de zorgverlener. Daarnaast was het doel om inzicht te krijgen in het verband tussen tevredenheid en loyaliteit. Het advies van of doorverwijzing door de (huis)arts en de afstand tot de zorgverlener zijn redenen die het vaakst een rol spelen in de keuze voor een zorgverlener. Verder is gebleken dat vrouwen vaker kiezen op basis van eerdere ervaringen dan mannen, en dat hoogopgeleiden en zorgconsumenten met een ernstige aandoening deskundigheid vaker een rol laten spelen dan respectievelijk laagopgeleiden en consumenten met een niet-ernstige aandoening. Bij medische zorg speelt de (huis)arts vaker een rol en positieve beoordelingen op internet en het advies van familie/vrienden minder vaak in vergelijking met paramedische zorg. Daarnaast spelen positieve beoordelingen op internet en het advies van familie/vrienden bij oude mensen minder vaak een rol dan bij jonge mensen. Verder is gebleken dat als positieve beoordelingen op internet een rol hebben gespeeld, consumenten minder tevreden zijn over de medische zorg dan over de paramedische zorg. Ten slotte is er een sterk verband gevonden tussen tevredenheid en loyaliteit.

De bevinding dat hoogopgeleide personen vaker kiezen op basis van deskundigheid komt overeen met eerder onderzoek [15]. Verder vonden we een positief verband tussen de ernst van de aandoening en de rol die deskundigheid in de keuze speelt. Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek naar dit verband.

Tabel 5 Logistische regressieanalyse van aspecten van tevredenheid over de zorgverlener en loyaliteit

Aspecten van tevredenheid	Ongecorrigeerde OR (95 %-BI)	Gecorrigeerde ^a OR (95 %-BI)
	Promotors versus niet-promotors ^b	Promotors versus niet-promotors ^b
Afstand	1,58 (1,33–1,87)***	1,00 (0,72–1,40)
Bereikbaarheid (openbaar vervoer/ parkeermogelijkheden)	1,74 (1,44–2,11)***	1,45 (1,04–2,02)*
Lengte wachtlijst	1,77 (1,48–2,11)***	1,17 (0,87–1,57)
Deskundigheid	3,58 (2,69–4,77)***	2,47 (1,50–4,07)***
Informatievoorziening wat betreft behandeldatum, tijdstip, enzovoort	3,42 (2,60–4,48)***	1,25 (0,77–2,04)
Informatie over de behandeling	3,87 (2,93–5,10)***	1,63 (0,99–2,66)
Inspraak in behandeldatum, tijdstip, enzovoort	2,45 (1,97–3,03)***	1,56 (1,08–2,27)*
Inspraak in de behandeling	3,06 (2,41–3,89)***	1,02 (0,70–1,50)
Klantvriendelijkheid/gastvrijheid	3,92 (2,86–5,38)***	1,24 (0,74–2,09)
Nazorg	2,39 (1,92–2,97)***	1,45 (1,06–1,98)*

* $p<0,05$, *** $p<0,001$

^aGecorrigeerd voor de overige factoren in het model

^b'Weglopers' en 'passieven' samengevoegd

Het keuzeproces voor een zorgverlener verschilt dus tussen consumenten en daarnaast verschilt het keuzeproces naar gelang de situatie. Een consument kan in de situatie waarbij er sprake is van een ernstige aandoening, een ander proces doorlopen dan wanneer de aandoening niet ernstig is.

Daarnaast is uit dit onderzoek naar voren gekomen dat kiezen op basis van deskundigheid samenhangt met een grotere tevredenheid. Dit verschil is echter niet significant. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de steekproef te klein is voor deze variabele ($n=95$). Ook kwam uit ons onderzoek naar voren dat als positieve beoordelingen op internet als reden is meegenomen in het maken van de keuze, de respondenten die medische zorg hadden ontvangen minder tevreden zijn dan de respondenten die paramedische zorg hadden ontvangen ($t=2,57$; $p=0,014$). Mogelijk zijn op internet beoordelingen over paramedische zorg accurater dan die over medische zorg. Verder onderzoek hiernaar is wenselijk. Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat er een zwak, maar statistisch significant verband is tussen leeftijd en tevredenheid: hoe ouder de persoon is, hoe tevredener hij/zij is over de zorgverlener. Een verklaring hiervoor kan zijn dat dat oudere personen minder actief kiezen voor een zorgverlener dan jongere personen en daardoor ook minder hoge verwachtingen hebben [3]. Een laatste bevinding uit ons onderzoek is dat een tevreden persoon niet automatisch loyaal is aan de zorgaanbieder. Dit komt overeen met eerder onderzoek [11, 12, 17]. De kans dat een zeer tevreden persoon de zorgaanbieder zal promoten is ruim vijf keer zo groot als bij een tevreden persoon. Deskundigheid, inspraak in de planning, bereikbaarheid en nazorg hangen samen met loyaliteit.

Om de zorgkosten te stabiliseren en de kwaliteit van de zorg (nog verder) te verbeteren, is in 2006 een nieuw zorgstelsel ingevoerd dat de marktwerking binnen de zorg zou moeten bevorderen. Een eerste aanbeveling is dat zorgaanbieders in het beleid wat betreft het 'aantrekken' van zorgconsumenten rekening moeten houden met de kenmerken van deze groep. Daarbij moet niet alleen rekening worden gehouden met vaststaande kenmerken, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, maar ook met het zorgtype dat zorgverleners aanbieden. Bij medische zorg speelt het advies van de huisarts een grotere rol dan bij paramedische zorg. De communicatie met en informatievoorziening naar de huisarts behoeven dus extra aandacht van vooral de medische zorgverleners. Ook zullen zorgaanbieders moeten streven naar zeer tevreden patiënten, gezien de bevinding dat zeer tevreden patiënten vele malen loyaler aan de zorgaanbieder zijn dan tevreden patiënten. Loyale patiënten zullen veel eerder terugkomen bij dezelfde zorgverlener. Het (nog verder) verbeteren van de inspraak in de planning, bereikbaarheid en nazorg is aan te bevelen, omdat deze zaken samenhangen met loyaliteit. Deze punten dienen ook in de profilering terug te komen. Een laatste

aanbeveling is om meer onderzoek te doen naar de rol die de deskundigheid van de zorgverlener in het keuzeproces speelt. Uit dit onderzoek komt naar voren dat bij de keuze van een zorgverlener deskundigheid een belangrijkere rol speelt bij ernstige dan bij niet-ernstige aandoeningen. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat zo'n twee op de drie zorgorganisaties zich profileren met deskundigheid. Deze factor is dus weinig onderscheidend en zal veelal als vanzelfsprekend gezien worden [18]. Meer inzicht is nodig in de wijze waarop het oordeel over de deskundigheid van de zorgverlener tot stand is gekomen en de invloed die dit op het keuzeproces heeft.

Sterke punten van dit onderzoek zijn dat de ernst van de aandoening is gemeten en dat het zorgtype is vastgesteld. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat er gegevens zijn verzameld over echte in plaats van hypothetische situaties. Een beperking is dat de metingen grotendeels retrospectief zijn. De gegevens zouden vertekend kunnen zijn omdat respondenten zich zaken niet goed herinneren. Een laatste beperking van dit onderzoek is dat voor de respondenten die op advies van of op doorverwijzing van de (huis)arts en/of op advies van familie en vrienden voor de betreffende zorgverlener kiezen, het niet duidelijk is of de keuze gebaseerd is op de kwaliteit van de zorg van de betreffende zorgverlener.

Conclusie

Zorgverleners zullen bij het 'aantrekken' van consumenten rekening moeten houden met zowel demografische kenmerken als het zorgtype. Bij medische zorg speelt de huisarts een grotere rol in het keuzeproces dan bij paramedische zorg. De mate van tevredenheid hangt sterk samen met loyaliteit, waarbij de kans dat een persoon loyaal is aan de zorgverlener ruim vijf keer zo groot is voor een zeer tevreden persoon als voor een ('gewoon') tevreden persoon. Er zal dus gestreefd moeten worden naar zeer tevreden patiënten, omdat het aannemelijk is dat zij terugkomen. Het (nog verder) verbeteren van de bereikbaarheid en de nazorg, en de zorgconsument (meer) inspraak geven in de planning van de behandeling kunnen hieraan bijdragen.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. CPB. Zorg voor concurrentie. Een analyse van het nieuwe zorgstelsel. Den Haag: CPB; 2003.
2. Alsem KJ, Klein Koerkamp R. Zorg met liefde en lef, stappenplan voor effectieve zorgmarketing. 2e druk. Bedum: Profiel uitgeverij; 2016.
3. Victoor A. (How) do patients choose a healthcare provider? Tilburg: Tilburg Universiteit; 2015.
4. Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ. Keuze-informatie op basis van patiëntenervaringen: aanbevelingen en dilemma's. Tijdschr Gezondheidswet. 2010;7:396–405.
5. Kooreman P, Prast H. What does behavioral economics mean for policy? Challenges to savings and health policies in the Netherlands. *Economist*. 2010;158(2):101–22.
6. Thaler RH, Sunstein CR. Libertarian paternalism. *Am Econ Rev*. 2003;93:175–9.
7. Gigerenzer G, Gaissmaier W. Heuristic decision making. *Ann Rev Psychol*. 2011;62:451–82.
8. Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Ann Rev Public Health*. 2003;24:413–33.
9. Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *Milbank Quart*. 1997;75:395–414.
10. Harris KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. *BMC Health Serv Res*. 2003;38:711–32.
11. Lee F. Als Disney de baas was in uw ziekenhuis. 9 1/2 dingen die u anders zou doen. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2009.
12. Poeisz TBC, Welling N. Help, mijn patiënt is tevreden. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2012.
13. Wolters PJ, Lako CJ. Hoe kiezen patiënten een ziekenhuis? Een enquête bij twee poliklinieken. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2012;1:45–50.
14. Faber M, Bosch M, Willersheim H, et al. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care*. 2009;47:1–8.
15. Groenewoud AS. It's your choice! A study of search and selection processes, and the use of performance indicators in different patient groups. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2008.
16. Reicheld FE. Learning from customer defections. *Harv Bus Rev*. 1996;74:56–69.
17. Jones TO, Sasser WE Jr. Why satisfied customers defect. *Harv Bus Rev*. 1995;73(6):88–99.
18. Alsem KJ, Kostelijk E. De onderscheidendheid van merkwwaarden in de zorg. Marktingpublicatie 2. Groningen: Hanzehogeschool Groningen; 2013.