

Marketingcommunicatie van ziekenhuizen

Een onderzoek naar de invloed van type inhoud, type aandoening en evidentietype op de houding en keuze-intentie van patiënten



Afstudeerscriptie voor masteropleiding Communication Studies

Universiteit Twente, Enschede
8 juni 2012

Auteur

K.M.H. Lenderink

Afstudeercommissie

Dr. J. Karreman
N. Baas MSc

In opdracht van

Universiteit Twente & Team Nijhuis



Samenvatting

Achtergrond - De ziekenhuissector is de laatste jaren in hoog tempo veranderd. Ontwikkelingen als de invoering van de gereguleerde marktwerking in de zorg, de opkomende informatiecultuur en de groeiende mobiliteit van patiënten zorgen ervoor dat patiënten zelf mogen kiezen naar welk ziekenhuis zij willen gaan en daar ook toe in staat zijn. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat ziekenhuizen in hun bestaansrecht afhankelijk worden van de keuze van de patiënt. Hierdoor is het voor ziekenhuizen van belang om actief nieuwe patiënten aan te trekken en bestaande patiënten te behouden. Dit kan door het inzetten van persuasieve marketingcommunicatie. De vraag is alleen op welke manier ziekenhuizen deze persuasieve marketingcommunicatie het beste kunnen invullen. Verschillende zaken hebben invloed op de effectiviteit van persuasieve communicatie. Dit zijn onder ander de inhoud van de communicatie, het type evidentie dat gebruikt wordt in de tekst en de aandoening van de patiënt.

Doel - Het doel van dit onderzoek is meer inzicht creëren in de invloed van type inhoud, type aandoening en evidentietype op het effect van marketingcommunicatie van een ziekenhuis. Hierbij worden twee typen inhoud (medische kwaliteit en patiëntgerichtheid), twee soorten aandoeningen (electieve en chronische aandoeningen) en twee evidentietypen (statistische en anekdotische evidentie) onderscheiden. Bij het onderzoek wordt gekeken wat de invloed is van deze drie onafhankelijke variabelen op de houding ten opzichte van de tekst, de houding ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie van de patiënt met betrekking tot de ziekenhuiskeuze.

Methode - Bij dit onderzoek is een kwantitatieve studie uitgevoerd op basis van een tussen-persoons design. Hierbij zijn de drie onafhankelijke variabelen verwerkt in acht verschillende marketingcommunicatieteksten. Bij het onderzoek is een fictief ziekenhuis gebruikt. Het onderzoek bestond uit een elektronische vragenlijst die online verspreid werd. In totaal hebben 287 respondenten aan het onderzoek meegewerkt. Voordat respondenten de vragenlijst mochten invullen kregen zij een diagnosecase waarin stond dat zij chronisch nierfalen hadden of een knieoperatie moesten ondergaan. Hierna kregen de deelnemers een website te zien waarop één van de acht marketingcommunicatieteksten stond. Na het lezen van deze tekst moesten de respondenten verschillende vragen beantwoorden.

Resultaten - Teksten met anekdotische evidentie bleken een significant positievere invloed te hebben op de houding ten opzichte van de tekst, de houding ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie van de respondent met betrekking tot de ziekenhuiskeuze dan teksten met statistische evidentie. Hier moet wel bij vermeld worden dat de gepercipieerde levendigheid en begrijpelijkheid van de anekdotische teksten significant positiever was dan bij de statistische teksten. Deze afwijkende levendigheidsscores en begrijpelijkheidsscores kunnen het significante verschil op evidentietype beïnvloeden. Er zijn geen significante verschillen gevonden op type inhoud en type aandoening. De resultaten van het onderzoek toonden ook aan dat het merendeel van de respondenten (87%) graag zelf een ziekenhuis wil kiezen en dat bij het maken van deze keuze vooral het internet en de huisarts worden geraadpleegd. Daarnaast bleek dat de vergoeding van de zorgverzekering de meest belangrijke factor was in de keuze voor een ziekenhuis. Hierna volgden de factoren wachttijd, bereikbaarheid en de aanwezigheid en staat van voorzieningen.

Conclusie - Ziekenhuizen zouden er goed aan doen hun diensten te promoten. Dit onderzoek laat namelijk zien dat de respondenten een positieve houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen hebben en dat zij ook graag zelf willen kiezen. Volgens de resultaten van dit onderzoek is dit het meest effectief wanneer dit met behulp van anekdotische evidentie gebeurt.

Abstract

Background - The hospital sector has changed rapidly in recent years. Developments such as the introduction of regulated competition in health care, the emerging information culture and the increasing mobility of patients ensure that patients are free to choose their hospital and that patients are also capable to make that decision. These developments ensure that hospitals become dependent of patient's choice when it comes to their existence. This makes it important for hospitals to actively attract new patients and maintain existing ones. This can be done through the use of persuasive marketing communications. The only question is what would be the best way for hospitals to fill in these persuasive marketing communications. Several matters affect the effectiveness of persuasive communication. These are for example, the content of the communication, the type of evidence that is used in the communication and the disease of the patient.

Purpose - The purpose of this study is to create more insight in the influence of type of content, type of disease and type of evidence on the impact of marketing communications of a hospital. In the research are two types of content (medical quality and patient centeredness), two types of diseases (elective and chronic diseases) and two types of evidence (statistical and anecdotal evidence) distinguished. The research will consider the influence of these three independent variables on the attitude towards the text, the attitude towards the hospital and the patient's choice intention in respect to the hospital.

Method - This study is a quantitative study based on a between-subjects design. The three independent variables are processed in eight different marketing communication texts. The research makes use of a fictional hospital. The study consisted of an electronic questionnaire that was distributed online. A total of 287 respondents participated in the study. Before respondents were completing the questionnaire they received a diagnosis case saying they had chronic renal failure or had to undergo knee surgery. After that, the participants were shown a website which contained one of the eight marketing communication texts. After reading this text, the respondents had to answer several questions.

Results - Texts with anecdotal evidence had a significant more positive impact on the attitude towards the text, the attitude towards the hospital and the respondent's choice intention in respect to the hospital than texts with statistical evidence. However, it should be mentioned that the perceived vividness and comprehensibility of the texts was significantly more positive in the case of the anecdotal texts than the statistical texts. These deviating vividness and comprehensibility scores can have an effect on the significant differences between the types of evidence. There are no significant differences in type of content and type of disease. The results of the study also showed that the majority of respondents (87%) would like to choose their own hospital and that in making this choice especially the internet and the general practitioner are consulted. In addition, it was found that the reimbursement of health insurance is the most important factor in choosing a hospital. This was followed by the importance of waiting time, accessibility and the presence and condition of facilities.

Conclusion - It would be wise for hospitals to promote their services. This study has shown that the respondents have a positive attitude towards marketing communications of hospitals and that patients are willing to choose their own hospital. According to the results of this study this would be most effective when texts with anecdotal evidence are used.

Voorwoord

Na een afstudeerperiode van zeven maanden ligt hier mijn scriptie ter afronding van mijn masteropleiding Communication Studies aan de Universiteit Twente. Met een goed gevoel kijk ik terug op een uitdagende periode waarin ik altijd met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt heb.

Bij Team Nijhuis kreeg ik de mogelijkheid een afstudeeronderzoek uit te voeren naar marketingcommunicatie van ziekenhuizen. Een actueel onderwerp dat mij, door mijn affiniteit met de gezondheidszorg, zeer aansprak. De keuze om extern bij een bedrijf af te studeren was snel gemaakt. Ik wilde mijn wetenschappelijke achtergrond met de praktijk combineren en daarnaast ook graag ervaring binnen een communicatieadviesbureau opdoen. Dit is meer dan geslaagd. Afgelopen zeven maanden heb ik ontzettend veel leuke dingen mogen doen bij Team Nijhuis en heb ik alle kansen gekregen om mezelf te ontwikkelen. Hierdoor heb ik niet alleen ontzettend veel geleerd, maar ook een fijne band opgebouwd met alle collega's. Ik wil Team Nijhuis, in het bijzonder Jan en Gerben, dan ook ontzettend bedanken voor deze geweldige tijd.

Uiteraard wil ik ook mijn begeleiders van de Universiteit Twente, Joyce Karreman en Niels Baas, bedanken. Jullie goede adviezen en snelle feedback zorgden ervoor dat ik na elk gesprek weer vol goede moed aan de slag kon. Ik wil mijn ouders en Frank bedanken voor hun vertrouwen, adviezen en onvoorwaardelijke steun. Zonder jullie had ik deze master nooit kunnen doen. Als laatste wil ik ook graag Marissa, Wieke, Nienke en Annabel bedanken. Onze wekelijkse etentjes hebben me echt door de moeilijke momenten van mijn afstudeerperiode heen geholpen. We komen er wel!

Karlijn Lenderink
Enschede, 24 mei 2012

Inhoud

1. Inleiding	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Aanleiding	8
1.3 Belang	9
1.4 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Marketingcommunicatie in de gezondheidszorg	11
2.1.1 Marketingcommunicatie in buitenlandse ziekenhuizen	11
2.1.2 Doelgroepen	12
2.1.3 Soorten ziekenhuiszorg	12
2.1.4 Marketingcommunicatiemiddelen	13
2.2 Invloeden in persuasieve communicatie	13
2.3 Invloed van inhoud in persuasieve communicatie	13
2.3.1 Literatuuranalyse keuzefactoren	14
2.3.2 Medische kwaliteit	15
2.3.3 Patiëntgerichtheid	18
2.3.4 Prijs/vergoeding zorgverzekering	18
2.3.5 Randvoorwaarden	19
2.3.6 Inhoud voor onderzoek	19
2.4 Invloed van evidentie in persuasieve communicatie	20
2.4.1 Soorten evidentie	20
2.4.2 Overtuigingskracht van evidentie	20
2.4.3 Evidentietypen voor onderzoek	21
2.5 Invloed van patiëntafhankelijke factoren	21
2.6 Houding en gedrag	23
2.7 Hypotheses en onderzoeksmodel	24
2.7.1 Onderzoeksdoel en onderzoeksvraag	24
2.7.2 Hypotheses en onderzoeksmodel	24
3. Methode	26
3.1 Design en procedure	26
3.2 Steekproef	26
3.3 Materialen	27
3.3.1 Totstandkoming diagnosecases	28
3.3.2 Totstandkoming persuasieve teksten	28
3.3.3 Totstandkoming vragenlijst	30
3.3.4 Pretest	31
4. Resultaten	33
4.1 Demografische variabelen	33
4.2 Levendigheid en begrijpelijkheid teksten	34
4.3 Houding ten opzichte van de tekst	36
4.4 Houding ten opzichte van het ziekenhuis	36
4.5 Keuze-intentie	37
4.6 Keuzefactoren	38

4.7	Keuzeproces	40
5.	Conclusie en discussie	43
5.1	Belangrijkste bevindingen	43
5.2	Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek	47
5.3	Aanbevelingen voor de praktijk	48
	Referenties	49
	Bijlage 1 – Literatuurstudie	55
	Bijlage 2 – Diagnosecases	58
	Bijlage 3 – Marketingcommunicatieteksten	59
	Bijlage 4 – Vragenlijst	68

1. Inleiding

1.1 Inleiding

De gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren vele ontwikkelingen doorgemaakt. Verschillende politieke en maatschappelijke veranderingen hebben ervoor gezorgd dat de sector in slechts enkele decennia compleet veranderd is. Zo werd in 2006 met de intreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gereguleerde marktwerking in de zorg ingevoerd. Het doel van de invoering van de Wmg is het besparen van kosten en het stimuleren van meer efficiëntie in de gezondheidszorg (Rijksoverheid, 2011). De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de laatste decennia namelijk exponentieel gegroeid. Dit komt voornamelijk door de vergrijzing en individualisering van de samenleving (TNS NIPO, 2006). Door de vergrijzing zijn er niet alleen meer ouderen, maar deze ouderen worden ook steeds ouder (CBS, 2011a). Naarmate mensen ouder worden neemt hun zorggebruik toe, wat resulteert in stijgende kosten. Volgens schattingen van het CPB (2010) zullen de kosten voor gezondheidszorg alleen al tussen 2011 en 2015 met ruim 20% stijgen. Daarnaast speelt ook de individualisering van de samenleving een belangrijke rol (TNS NIPO, 2006). Waar het vroeger normaal was dat zieken en ouderen tot hun dood door familie verzorgd werden, kunnen mensen tegenwoordig minder vaak terugvallen op familie of anderen in hun omgeving. Hierdoor moeten zij vaker een beroep op de reguliere gezondheidszorg doen.

Hoewel de invoering van gereguleerde marktwerking al in 2006 gestart is, heerst er nog steeds de discussie over de wenselijkheid van marktwerking in de gezondheidszorg en de beoogde resultaten ervan (Grit, van den Boenkamp en Bal, 2008; TNS NIPO, 2006). De meningen in de politiek zijn verdeeld en ook vanuit de sector zelf wordt openlijk getwijfeld aan de behoefte van mensen om zelf een ziekenhuis te kiezen. Grootschalig onderzoek van TNS NIPO (2010) laat echter zien dat ruim 95% van de 796 respondenten het belangrijk tot zeer belangrijk vindt om zelf een ziekenhuis te kiezen. Ziekenhuizen zullen dus moeten gaan wennen aan termen als concurrentie, service en marketing.

1.2 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek ligt voornamelijk in politieke en maatschappelijke factoren die ervoor gezorgd hebben dat de markt van de gezondheidszorg verschoven is van een aanbodgestuurde markt naar een vraaggestuurde markt. Zoals ook in de inleiding is besproken, is de invoering van de Wmg in 2006 hierbij één van de belangrijkste invloedsfactoren geweest. Naast deze politieke factor zijn er ook nog twee maatschappelijke factoren die een belangrijke rol spelen in de veranderingen in de gezondheidszorg.

Eén van die twee factoren is de groeiende mobiliteit. De groeiende mobiliteit van mensen zorgt ervoor dat mensen steeds meer bereid zijn verder te reizen voor werk, educatie en recreatie, maar ook voor gezondheidszorg (SWOV, 2010; TNS NIPO, 2006). Dit gegeven vergroot het verzorgingsgebied van zorginstellingen, maar zorgt er ook voor dat mensen niet meer standaard kiezen voor de meest dichtstbijzijnde zorgaanbieder. Recent onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen laat zien dat 25% van de patiënten in de praktijk niet automatisch voor het meest dichtstbijzijnde ziekenhuis kiest (NVZ, 2011). Wanneer we specifiek naar categorale ziekenhuizen kijken (ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in één specifieke aandoening of doelgroep), zien we dat dit percentage zelfs tussen de 65% en 90% ligt.

De tweede factor die veel invloed heeft op de gezondheidszorg is de opkomst van de informatiecultuur en de verschuiving in de machtsverhouding tussen de arts en de patiënt (Schellekens en van Everdingen, 2001). Door de opkomst van nieuwe media als internet is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie sterk gegroeid. Medische kennis is niet meer exclusief het intellectuele eigendom van artsen en daarnaast is er online veel informatie te vinden over zorginstellingen en de desbetreffende zorgverleners. Deze groei in kennis zorgt ervoor dat patiënten zich zelfverzekerder voelen en kritischer zijn over zaken rondom hun gezondheid en de mogelijkheden die de gezondheidszorg hen biedt. Mensen gaan niet meer automatisch uit van datgene wat de arts aanbiedt.

Nu de consument als gevolg van gereguleerde marktwerking meer keuzevrijheid heeft, zal deze op zoek gaan naar een zorgaanbieder die het beste past bij zijn/haar wensen, eisen en behoeften. Door de beschikbaarheid van informatie verandert de machtsverhouding tussen zorgverlener en patiënt. Patiënten worden kritischer en nemen niet meer zomaar aan wat de zorgverlener hen vertelt. Groeiende mobiliteit zorgt ervoor dat mensen niet meer gebonden zijn aan de zorg in hun regio, maar ook voor zorg buiten hun regio kunnen kiezen wanneer deze zorg beter aansluit bij hun wensen, eisen en behoeften.

Al deze factoren zorgen ervoor dat ziekenhuizen in hun bestaansrecht afhankelijk worden van de keuze van de patiënt. Wanneer ziekenhuizen patiënten verliezen is de kans groot dat er specialismen afgestoten moeten worden. Hierdoor is het voor ziekenhuizen van belang om actief nieuwe patiënten aan te trekken en bestaande patiënten te behouden, met name patiënten in specialismen die voor het ziekenhuis interessant zijn.

Ziekenhuizen zullen hun business plan moeten gaan aanpassen naar dat van een vraaggestuurde organisatie. Zij moeten zich gaan onderscheiden van concurrerende zorgverleners en duidelijk laten zien waarom een patiënt voor hen moet kiezen. Dit vereist, naast een interne verandering, ook een verandering in de externe communicatiedoelen van een ziekenhuis. Op dit moment is het externe communicatiedoel van veel ziekenhuizen alleen het informeren en voorlichten van patiënten. Hier komt nu een tweede doelstelling bij, namelijk patiënten ervan overtuigen dat zij voor het desbetreffende ziekenhuis moeten kiezen. Dit kan door persuasief te communiceren over zaken die de voorkeurspositie in het hoofd van de zorgconsument beïnvloeden. Maar welke zaken kunnen de ziekenhuisvoorkeur van een patiënt beïnvloeden? En welke factoren hebben hier invloed op? Op welke manier kan deze informatie dan het meest effectief weergegeven worden? Meer inzicht is vereist om deze vragen te kunnen beantwoorden. Met dit onderzoek wordt geprobeerd daar een bijdrage aan te leveren.

1.3 Belang

Naast het praktische belang dat in de aanleiding uitgelegd is, heeft dit onderzoek ook een sterk wetenschappelijk belang. Marketingcommunicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen is een vrij nieuw fenomeen, waar nog maar nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is. Aangezien de gezondheidszorg zo veel verschilt van het bedrijfsleven, is het niet direct aannemelijk dat gerenommeerde marketingcommunicatie modellen en theorieën uit het bedrijfsleven ook toe te passen zijn in de gezondheidszorg. Dit maakt meer inzicht in het effect van marketingcommunicatie in de gezondheidszorg wenselijk.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd uit een aantal verschillende onderdelen. Als eerste is er het ‘Theoretisch kader’ waarin in wordt ingegaan op de bestaande literatuur over marketingcommunicatie in de gezondheidszorg en de invloed van (a) de inhoud van communicatie, (b) het soort evidentie in de communicatie en (c) de invloed van patiëntafhankelijke factoren. Op basis van deze literatuur worden hypothesen gesteld. Hierna volgt het hoofdstuk ‘Methode’, waarin het onderzoeksdesign en de procedure van het onderzoek toegelicht worden. Daarnaast wordt ingegaan op de vorming van de steekproef en de totstandkoming van de onderzoeksmaterialen. Vervolgens wordt in het hoofdstuk ‘Resultaten’ beschreven wat de resultaten van dit onderzoek zijn en zal er dieper ingegaan worden op de analyse van deze resultaten. Uiteindelijk zal er in het laatste hoofdstuk ‘Conclusie en discussie’ ingegaan worden op de conclusies van dit onderzoek en zullen de resultaten bediscussieerd worden. Als laatste wordt ingegaan op de beperkingen van dit onderzoek, de suggesties voor verder onderzoek en de aanbevelingen voor in de praktijk.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader van dit onderzoek zal voornamelijk ingaan op marketingcommunicatie in de gezondheidszorg en de invloed van inhoud, evidentietype en patiëntafhankelijke factoren op het effect van persuasieve marketingcommunicatie. Daarnaast worden er enkele communicatiekundige gedragstheorieën en modellen besproken met betrekking tot de vorming van houding en gedrag en de relatie tussen deze twee variabelen. Aan het eind van het theoretisch kader wordt ingegaan op de onderzoeksvraag, het onderzoeksmodel en de op basis van de literatuur gestelde hypotheses.

2.1 Marketingcommunicatie in de gezondheidszorg

Waar marketingcommunicatie bij ziekenhuizen nog in de kinderschoenen staat, is dit gegeven in het bedrijfsleven al niet meer weg te denken. Het belang van goede marketingcommunicatie is in het bedrijfsleven al veelvuldig aangetoond (De Pelsmacker, Geuens en Van den Bergh, 2008). Wanneer marketingcommunicatie op een juiste manier toegepast wordt, zorgt dit voor herkenning en herinnering van het merk en product. Daarnaast resulteert marketingcommunicatie vaak in een verhoogde kennis van het merk en product, een positieve houding tegenover het merk en product en zelfs tot activatie van gedrag, namelijk het aanschaffen van het product of de dienst. Dit betekent dat goede marketingcommunicatie in het voordeel van een organisatie kan werken en daarbij kan zorgen voor voordeel ten opzichte van de concurrent (De Pelsmacker, Geuens en Van den Bergh, 2008). Binnen de gezondheidszorg wordt op het moment van schrijven nog maar weinig aan marketing gedaan. Onderzoek van Leeuwen en Damen (2009) onder 73 zorginstellingen laat zien dat ruim 75% van deze zorginstellingen nog in de opstartfase zit wat marketing betreft. Zij doen niet tot nauwelijks aan marketing. Volgens de onderzoekers komt dit doordat zorginstellingen over onvoldoende tijd, capaciteit en deskundigheid beschikken. Wanneer gekeken wordt naar de wenselijkheid van marketingcommunicatie in de gezondheidszorg zien we dat ook hier nog maar weinig onderzoek gedaan is. Het enige bekende onderzoek van Rijen (2005) toont aan dat 70% van zijn respondenten vindt dat promotie van ziekenhuizen niet toegestaan zou mogen worden. Slechts 22% vindt marketingcommunicatie van ziekenhuizen wel acceptabel. Hierbij moet wel in gedachten worden gehouden dat dit onderzoek in 2005 is uitgevoerd, een jaar voor de invoering van de marktwerking. De kans dat mensen op dit moment, zes jaar na de invoering van de gereguleerde marktwerking, anders tegenover promotie van ziekenhuizen staan is daardoor aanwezig.

2.1.1 Marketingcommunicatie in buitenlandse ziekenhuizen

In het buitenland wordt marketingcommunicatie al wel veelvuldig toegepast in de ziekenhuisbranche. Vooral in de Verenigde Staten is men al lange tijd bekend met dit fenomeen en wordt er in groten getale door ziekenhuizen geadverteerd op internet, tv, radio, billboards en in kranten, tijdschriften en direct mail (Fisher en Anderson, 1988). Onderzoek laat zien dat ziekenhuizen veel voordelen kunnen hebben bij het inzetten van marketingcommunicatie (Andaleeb, 1994; Lim en Zallocco, 1997; Menon, Goodnight en Wayne, 2006). Zo kan marketingcommunicatie meer bewustzijn van de leverbare producten en diensten bij de consument creëren en zorgt het ervoor dat barrières voor een bezoek aan een bepaald ziekenhuis verlaagd worden. Ook geeft het consumenten de mogelijkheid ziekenhuizen te selecteren op kwaliteit en geeft marketingcommunicatie informatie die de consument kan gebruiken bij het maken van een keuze. Daarnaast geven onderzoekers ook aan dat de concurrentie,

die door de marketingcommunicatie versterkt wordt, voor betere service en kwaliteit en lagere kosten zorgt (Andaleeb, 1994; Lim en Zallocco, 1997; Menon, Goodnight en Wayne, 2006). Naast deze voordelen worden er door sommige onderzoekers ook negatieve effecten gesignaleerd. Zo zou marketingcommunicatie de waardigheid, autoriteit en het aanzien van ziekenhuizen beschadigen (Lim en Zallocco, 1997). Onderzoek naar de houding van huisartsen tegenover marketingcommunicatie laat daarnaast zien dat zij van mening zijn dat marketingcommunicatie opdringerig en misleidend is, het imago van het beroep van medici beschadigd en ervoor zorgt dat de kwaliteit van medische zorg verslechtert (Krohn en Flynn, 2001). Artsen zijn over het algemeen van mening dat marketingcommunicatie in de gezondheidszorg niet acceptabel is. Hetzelfde onderzoek van Krohn en Flynn laat zien dat consumenten daarentegen wel een positieve houding hebben ten opzichte van marketingcommunicatie in de ziekenhuisbranche. Marketingcommunicatie van ziekenhuizen voor consumenten heeft dan ook in de meeste gevallen een positieve invloed op de houding van de consument ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie van patiënten (Fisher en Anderson, 1988).

2.1.2 Doelgroepen

De doelgroep van een ziekenhuis bestaat uit verschillende segmenten, waarbij het grootste segment uiteraard uit patiënten bestaat. Een andere belangrijke doelgroep is de eerstelijnszorg, namelijk de huisarts. Verschillende onderzoeken laten zien dat de huisarts van de patiënt veel invloed heeft op de daadwerkelijke ziekenhuiskeuze van de patiënt (Groenewoud, 2008; Motivaction, 2010; Rijen, 2003; TNS NIPO, 2003; Weiss, 1989). Andere communicatiedoelgroepen van ziekenhuizen zijn eigen medewerkers, werkzoekenden, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Binnen dit onderzoek ligt de focus alleen op patiënten. Hier is bewust voor gekozen omdat, ondanks de invloed van huisartsen op de ziekenhuiskeuze van patiënten, er ook veel patiënten zijn die zelf beslissen naar welk ziekenhuis zij gaan (Groenewoud, 2008). De opkomende informatiecultuur en de verschuiving in machtsverhouding tussen arts en patiënt zorgen ervoor dat deze groep zelfbewuste en kritische patiënten alleen maar groter wordt (Schellekens en van Everdingen, 2001). Dit maakt de doelgroep patiënten een interessante doelgroep voor onderzoek.

2.1.3 Soorten ziekenhuiszorg

Marketingcommunicatie is zeker niet voor alle segmenten in ziekenhuiszorg geschikt. In de praktijk wordt ziekenhuiszorg vaak in vier categorieën gedeeld namelijk, acute zorg, electieve zorg, chronische zorg en wenzorg (TNS NIPO, 2003). Onder acute zorg valt alle spoedeisende zorg zoals die op de Eerste Hulp en de Intensive Care. Electieve zorg is niet-spoedeisende maar wel noodzakelijke zorg. Deze behandelingen zijn planbaar, zoals knie-, staar- of liesbreukoperaties. Onder chronische zorg vallen alle behandelingen voor chronische ziektes als diabetes, astma en kanker. Daarnaast valt onder wenzorg alle niet-noodzakelijke zorg die wel gewenst is door de patiënt, zoals cosmetische chirurgie.

Op dit moment wordt bij deze laatste categorie, wenzorg, al wel marketingcommunicatie toegepast. Dit komt voornamelijk door de bestaande concurrentie op deze markt. Wenzorg wordt namelijk ook aangeboden door een groot aantal particuliere instellingen en privéklinieken. Voor acute, electieve en chronische zorg is dit nog niet het geval. In de praktijk zal blijken dat marketingcommunicatie voor acute zorg waarschijnlijk ook niet erg zinvol is. De urgentie van deze zorg zorgt ervoor dat patiënten met een acute aandoening geen tijd hebben om een weloverwogen ziekenhuiskeuze te maken en daar op dat moment vaak ook niet toe in staat zijn. Voor electieve en chronische patiënten ligt dit anders. Deze patiënten hebben voordat zij naar een ziekenhuis gaan

wel tijd om een weloverwogen keuze te maken. Daarnaast blijkt uit onderzoek ook dat vooral chronische patiënten het belangrijk vinden om zelf te kunnen kiezen voor een ziekenhuis of medisch specialist (TNS NIPO, 2003, Rijen, 2003). Deze patiënten maken gemiddeld voor een veel langere periode gebruik van zorg, waardoor het aannemelijk is dat het belang van een goede en patiëntgerichte behandeling bij deze patiënten hoger ligt. Het feit dat electieve en chronische patiënten in staat zijn om een weloverwogen keuze voor een ziekenhuis te maken, maakt marketingcommunicatie voor deze categorieën interessant. Binnen dit onderzoek wordt daarom alleen aandacht besteed aan electieve en chronische patiënten.

2.1.4 Marketingcommunicatiemiddelen

Ziekenhuizen gebruiken verschillende middelen in de communicatie met hun doelgroepen. Hierbij kan gedacht worden aan offline folders en brochures en de online ziekenhuis website. Onderzoek naar ziekenhuis websites laat zien dat de digitalisering van de samenleving ervoor zorgt dat websites van ziekenhuizen een steeds prominentere plaats innemen in de communicatie met de patiënt (Capgemini, 2005). De onderzoekers van dit onderzoek verwachten dat dit belang in de toekomst alleen maar groter wordt. Onderzoek van TNS NIPO (2010) onder 796 respondenten onderstreept deze claim. Dit onderzoek, dat is uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid, laat zien dat ruim 54% van de respondenten op de site van het ziekenhuis kijkt wanneer hij of zij op zoek is naar informatie die kan helpen bij het maken van een ziekenhuiskeuze. Alleen de informatiebronnen internet (zoals vergelijkingssites en gezondheidssites) en familie/kennissen worden vaker gebruikt als informatiebron, met respectievelijk 66% en 57%. Het onderzoek van TNS NIPO laat zien dat de website van een ziekenhuis een belangrijke rol vervult in het keuzeproces van patiënten. Van de drie genoemde informatiebronnen is de website van een ziekenhuis de enige bron die door het ziekenhuis zelf gecontroleerd kan worden. Op externe bronnen als vergelijkingssites, gezondheidssites en familie of kennissen van de patiënt heeft een ziekenhuis nauwelijks tot geen invloed. Ziekenhuizen zouden er dus goed aandoen om dit medium te optimaliseren voor het overtuigen van patiënten om voor hun ziekenhuis te kiezen. Dit kan door het gebruik van marketingcommunicatie op de website van een ziekenhuis.

2.2 Invloeden in persuasieve communicatie

Marketingcommunicatie heeft als doel de lezer van een bepaald standpunt te overtuigen en daarmee zijn of haar houding en gedrag positief te beïnvloeden (De Pelsmacker, Geuens en Van den Bergh, 2008). Door dit overtuigende karakter worden marketingcommunicatieteksten ook wel persuasieve teksten genoemd. Op het moment van schrijven is er al veel onderzoek gedaan naar factoren die invloed hebben op het effect van persuasieve communicatie (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Dit onderzoek zal ingaan op de drie belangrijkste factoren namelijk, (1) de inhoud van de tekst, (2) de gebruikte evidentie in de tekst en (3) verschillende lezerafhankelijke factoren. In paragraaf 2.3, 2.4 en 2.5 zullen deze factoren nader toegelicht worden.

2.3 Invloed van inhoud in persuasieve communicatie

Om te kunnen onderzoeken op welke manier persuasieve marketingcommunicatie op de website van een ziekenhuis effectief kan zijn wordt eerst aandacht besteed aan de inhoud van deze communicatie.

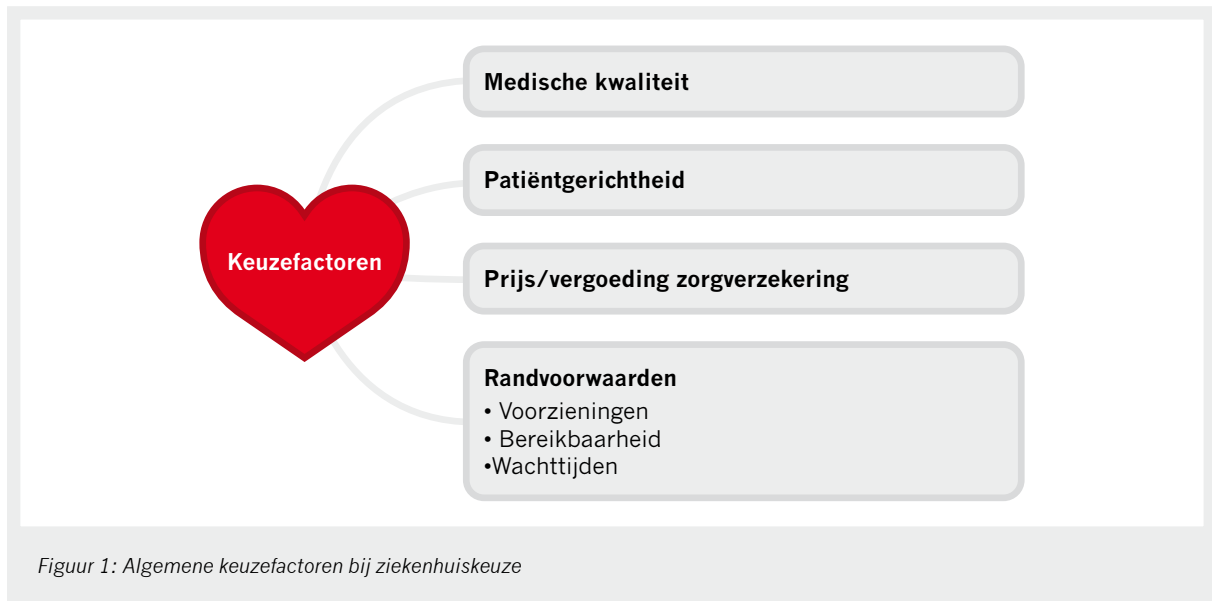
Waar in het bedrijfsleven marketingcommunicatie vaak gaat over prijs, kwaliteit en service, ligt dit in de gezondheidszorg complexer. De factor kwaliteit is hier namelijk zeer ontransparant en vaak voor de gewone mens niet te beoordelen. Ook betaalt de patiënt niet direct zelf voor de behandeling, maar wordt deze vergoed door de zorgverzekering. Daarnaast is service binnen de gezondheidszorg een begrip dat nog in de kinderschoenen staat. Hoewel het in de gezondheidszorg gaat om een dienstverlenende sector, is er van een patiëntgerichte en klantvriendelijke aanpak nog lang niet altijd sprake (Den Engelsens, Van Beek en Blijham, 2007). Al deze afwijkende factoren zorgen ervoor dat veelvuldig gebruikte communicatiemodellen uit het bedrijfsleven niet altijd werken in de gezondheidszorg. Hierbij rijst de vraag welke onderwerpen dan wel gebruikt kunnen worden om patiënten ervan te overtuigen dat zij voor een bepaald ziekenhuis moeten kiezen. In eerste instantie zou hier gesuggereerd kunnen worden dat dit simpelweg de onderwerpen zijn waar een ziekenhuis in uitblinkt. De complexiteit van de ziekenhuisorganisatie en de enorme hoeveelheid indicatoren waar een ziekenhuis in uit kan blinken, vragen echter om meer inzicht in de factoren die belangrijk zijn in de keuze voor een bepaald ziekenhuis. Deze factoren kunnen een goede indicatie zijn voor onderwerpen voor communicatie op de website van een ziekenhuis. Om deze reden wordt er eerst ingegaan op de factoren die invloed hebben bij de keuze voor een ziekenhuis. Door datgene wat de patiënt belangrijk vindt als uitgangspunt te nemen, kan een belangrijke eerste stap gemaakt worden naar een doelgroepgerichte aanpak van marketingcommunicatie.

2.3.1 Literatuuranalyse keuzefactoren

Wanneer gekeken wordt naar de ziekenhuisfactoren die invloed hebben op de ziekenhuiskeuze van de patiënt, zien we dat er veel verschillende factoren van belang zijn. Hierbij kan gedacht worden aan factoren als de reputatie van de chirurgen, de lengte van de wachttijden, de kwaliteit van de informatievoorziening en de vriendelijkheid van het medisch personeel. Er is veel onderzoek gedaan naar het relatieve belang van deze keuzefactoren (Javalgi, Rao en Thomas, 1991; Leister en Strausberg 2007; Motivaction, 2005; Motivaction, 2010; Rijen, 2003; Schwartz, Woloshin en Birkmeyer, 2005; Smith Gooding, 2000; Vonberg, Sander en Gastmeier, 2008; TNS NIPO, 2003). Wanneer deze onderzoeken naast elkaar worden gelegd zien we dat de onderzoeken veel verschillende en afwijkende beoordelingscriteria noemen. Hiervoor zijn twee verklaringen. De eerste verklaring ligt in de opzet van de verschillende onderzoeken. Deze is namelijk bij bijna elk onderzoek verschillend. Zo moeten respondenten bij het ene onderzoek op basis van een vooraf opgestelde lijst met keuzefactoren aangeven welke factoren zij het belangrijkste vinden, terwijl bij andere onderzoeken de respondenten zonder hulp van een vooraf opgestelde lijst het belang van zelfgenoemde keuzefactoren moeten aangeven. Ten tweede verschillen de onderzoeksgroepen onderling sterk. In enkele onderzoeken worden gezonde consumenten ondervraagd, terwijl andere onderzoeken patiënten in het algemeen of juist specifieke patiëntgroepen ondervragen. Patiënten verschillen sterk van elkaar in demografische factoren, ziektekenmerken, psychosociale factoren, ervaring en kennis (Groenewoud, 2008). Deze verschillen zorgen ervoor dat patiënten afwijkende aspecten belangrijk vinden en dat patiënten ook afwijkende wensen en behoeften hebben. Een algemeen beeld scheppen van wat de patiënt belangrijk vindt is dus vrijwel onmogelijk. Toch is het voor een ziekenhuis wel wenselijk om te weten wat patiënten over het algemeen belangrijk vinden. Wanneer deze kennis aanwezig is, kunnen ziekenhuizen invulling geven aan overtuigende marketingcommunicatie.

Een algemeen overzicht van de ziekenhuisfactoren die belangrijk zijn bij het maken van een ziekenhuiskeuze ontbreekt. Dit overzicht is wel nodig om invulling te geven aan de inhoud van de marketingcommunicatie bij dit onderzoek. Om die reden is eerst een literatuurstudie uitgevoerd waarbij negen onderzoeken naar deze keuzefactoren geanalyseerd zijn (Javalgi, Rao en Thomas, 1991; Leister en Strausberg 2007; Motivaction, 2005; Moti-

vaction, 2010; Rijen, 2003; Schwartz, Woloshin en Birkmeyer, 2005; Smith Gooding, 2000; Vonberg, Sander en Gastmeier, 2008; TNS NIPO, 2003). Bij deze literatuuranalyse zijn de keuzefactoren uit de negen onderzoeken naast elkaar gelegd en is gekeken naar overeenkomsten tussen deze factoren. De overeenkomstige keuzefactoren zijn gelabeld en vervolgens onderverdeeld in vier hoofdcategorieën en drie subcategorieën. Deze hoofd- en subcategorieën zijn in onderstaand model weergegeven.



De uitwerking van deze literatuuranalyse is te vinden in bijlage 1. De beoordelingscriteria zullen in de volgende vier paragrafen worden toegelicht.

2.3.2 Medische kwaliteit

Onder de medische kwaliteit van een ziekenhuis wordt de kwaliteit van de medische behandeling verstaan zoals de medische effectiviteit van de behandeling, de patiëntveiligheid en de mate van ongemak tijdens en na de behandeling (Halbersma, 2008).

Om het aspect medische kwaliteit als beoordelingscriteria voor ziekenhuizen te kunnen toepassen moeten zorgconsumenten ook in staat zijn deze medische kwaliteit te kunnen beoordelen. In de huidige literatuur wordt het vermogen om de kwaliteit van een dienst of product te kunnen beoordelen ingedeeld naar de mate van de transparantie van die kwaliteit. Onderzoekers verdelen de kwaliteitstransparantie van producten en diensten in zoek-, ervarings- en vertrouwenskwaliteiten (Darby en Karni, 1973, France en Grover, 1992). Zoek kwaliteiten zijn product- of dienst eigenschappen die voor de aanschaf van het product of de dienst opgezocht kunnen worden. Bij producten en diensten met zoek kwaliteiten kan de kwaliteit van de dienst of het product dus voor aanschaf beoordeeld worden door de consument. Ervarings kwaliteiten kunnen pas na aankoop en na het gebruik van de dienst of het product beoordeeld worden. Bij vertrouwenskwaliteiten beschikt de consument niet over de capaciteiten om de kwaliteit van het product of de dienst te beoordelen en moeten consumenten afgaan op de belofte van de aanbieder (Darby en Karni, 1973, France en Grover, 1992). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden

aan vitaminepillen, maar ook aan medische behandelingen (France en Grover, 1992). Door de heterogeniteit, complexiteit en de lage transparantie van medische diensten en producten zijn patiënten niet zelf in staat de kwaliteit ervan te beoordelen. De transparantietheorie van Darby en Karni (1973) wordt al enkele decennia door veel verschillende onderzoekers toegepast en wordt ook op dit moment nog veel gebruik in onderzoek naar marketingcommunicatie, reclame en promotie. Hierbij is deze theorie ook toegepast in de gezondheidszorg (France en Grover, 1992; McCullough en Dodge, 2002). Zo gebruiken McCullough en Dodge (2002) de transparantie-indeling in hun meer recentere onderzoek naar de invloed van betrokkenheid op de effectiviteit van ziekenhuis-promotie.

Op dit moment wordt de medische kwaliteit van een ziekenhuis beoordeeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het programma Zichtbare Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De IGZ beoordeelt de medische kwaliteit van ziekenhuizen aan de hand van ongeveer zestig kwaliteits-indicatoren. Daarnaast worden in het programma Zichtbare Zorg verschillende zorginhoudelijke indicatoren en klantpreferentie indicatoren onderzocht. De resultaten van deze kwaliteitsonderzoeken zijn vaak complex en niet goed interpreteerbaar voor leken. Onderzoek wijst dan ook uit dat resultaten van initiatieven als deze, die in eerste instantie niet bedoeld zijn voor consumenten, vaak ook niet goed toegankelijk voor hen zijn en consumenten er dan ook weinig beroep op doen (Lugtenberg en Westert, 2007).

Om zorgconsumenten toch in staat te stellen het aspect medische kwaliteit als beoordelingscriteria op een juiste manier mee te nemen in hun keuze voor een bepaald ziekenhuis, worden er in de literatuur twee mogelijkheden voorgesteld. De eerste mogelijkheid is de informatie over medische kwaliteit zo aan te bieden dat deze goed aansluit bij de wensen van de consumenten (Marshall et al., 2000). Hierbij kan gedacht worden aan het benoemen van alleen voor de patiënt relevante en interessante informatie, op een plek en in een vorm waar de patiënt voorkeur aan geeft. De website KiesBeter.nl van het ministerie van VWS is hier een voorbeeld van. De tweede mogelijkheid is het aanbieden van levende ondersteuners zoals een patiëntenvoorlichter, maatje, vrijwilliger of de huisarts (Groenewoud, 2008). Deze levende ondersteuner kan de patiënt helpen informatie over de medische kwaliteit van een ziekenhuis te interpreteren en de patiënt daarnaast ondersteunen bij het maken van een doordachte ziekenhuiskeuze.

Effect van communicatie over medische kwaliteit

Wanneer we kijken naar de daadwerkelijke invloed van gepubliceerde medische kwaliteitsindicatoren op de keuze voor een bepaald ziekenhuis, zien we dat er een duidelijk verschil is tussen gezonde zorgconsumenten en zorgconsumenten met een directe zorgbehoefte.

Onderzoek toont aan dat patiënten met een directe zorgbehoefte gevoelig zijn voor kwaliteitsinformatie over een bepaald ziekenhuis (Bijlsma en Pomp, 2008). Deze resultaten worden door meerdere onderzoekers bevestigd. Zo laat onderzoek van Howard (2005) zien dat de nierpatiënten in zijn onderzoek sterk reageerden op kwaliteitsgegevens bij de keuze voor een ziekenhuis voor een niertransplantatie. Enkele andere studies laten daarnaast een positief verband zien tussen de gerapporteerde kwaliteitsbeoordelingen en daaropvolgende veranderingen in het marktaandeel van ziekenhuizen (Cutler, Huckman en Landrum, 2004; Mukamel en Mushlin, 1998). Cutler, Huckman en Landrum concluderen dat ziekenhuizen die volgens de gepubliceerde ratings niet goed presteerden, patiënten kwijtraakten aan concurrerende instellingen. Hoewel bovengenoemde onderzoeken allemaal in het buitenland uitgevoerd zijn, is het niet ondenkbaar dat zorgconsumenten met een directe zorgbehoefte in Nederland hetzelfde zouden reageren op kwaliteitsinformatie.

Gezonde zorgconsumenten, die nog niet direct te maken hebben met de keuze voor een ziekenhuis maar al-

leen met de keuze voor een zorgverzekering, reageren daarentegen nauwelijks op kwaliteitsinformatie over de gecontracteerde zorg bij de desbetreffende zorgverzekering (Bijlsma en Pomp, 2008). Deze groep kiest door de keuze voor een zorgverzekering indirect voor een ziekenhuis, omdat zorgverzekeraars niet meer standaard alle ziekenhuizen contracteren. In Nederland is nog maar weinig onderzoek gedaan naar het effect van kwaliteitsinformatie op de keuze van zorgconsumenten zonder directe zorgbehoefte. In de V.S. gebeurt dit al wel veelvuldig. Zo tonen meerdere onderzoeken uit de V.S. aan dat gepubliceerde kwaliteitsgegevens in zogenaamde health plan report cards, kwaliteitsrapporten waarin de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg wordt beschreven, nauwelijks effect hebben op de keuze voor een zorgverzekeraar (Abraham et al., 2006; Beaulieu, 2002; Chernew en Scanlon, 1998). Bijlsma en Pomp (2008) achten dit begrijpelijk, omdat gezonde verzekerden nog niet weten welke zorg zij in de toekomst nodig hebben en daardoor ook niet weten welke kwaliteitsaspecten voor hen van belang zijn. Zorgconsumenten vermijden hooguit verzekeraars met een erg slechte score en kiezen voornamelijk op basis van patiënttevredenheid (Bijlsma en Pomp, 2008).

Wanneer we kijken naar het effect van openbare kwaliteitsinformatie zien we dat het grootste effect in de reactie van de ziekenhuizen zelf ligt (Lugtenberg en Westert, 2007). Na het openbaar maken van kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen bleken ziekenhuizen extra moeite te doen om de kwaliteit van de zorg in de gerapporteerde gebieden te verbeteren, met als belangrijkste reden angst voor een slecht imago van het ziekenhuis (Fung et al., 2008; Hibbard, Stockard en Tusler, 2003). Het openbaar maken van medische kwaliteitsinformatie leidt dus vooral tot verbeteringen in kwaliteit van zorg.

Ethische aspecten van kwaliteitstransparantie

Hoewel verschillende onderzoekers aantonen dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie leidt tot kwaliteitsverbeteringen in de zorg (Fung et al., 2008; Hibbard, Stockard en Tusler, 2003), zijn er ook onderzoekers die negatieve gevolgen rapporteren (Halbersma, 2008). Ten eerste maken veel onderzoekers zich zorgen over de vaststelling van de kwaliteit van een ziekenhuis (Schellekens, Berg en Klazina, 2003). Medische kwaliteit is lastig systematisch te beoordelen en niet met één cijfer weer te geven, waardoor de kans dat de kwaliteit niet helemaal juist beoordeeld wordt groot is. Ten tweede liggen er risico's van het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren in de reactie van ziekenhuizen zelf. Lugtenberg en Westert (2007) bespreken in hun onderzoek het verschijnsel 'gaming'. Hierbij past het medisch personeel haar gedrag aan vanwege het strategisch voordeel van het ziekenhuis. Dit is bijvoorbeeld het selecteren van voor het ziekenhuis gunstige patiënten of het vroegtijdig ontslaan van terminale patiënten, zodat zij thuis kunnen sterven in plaats van in het ziekenhuis (Bijlsma en Pomp, 2008). Het publiceren van kwaliteitsgegevens kan daarnaast ook negatieve invloed hebben op de ontwikkelingen en innovaties binnen de gezondheidszorg (Groenewoud, 2008). De kans bestaat dat ziekenhuizen niet meer zullen investeren in onderzoek en innovatie omdat zij alleen nog maar gefocust zijn op korte termijn prestaties. Wanneer er dan wel nieuwe ontwikkelingen zijn bestaat er de mogelijkheid dat ziekenhuizen en/of specialisten deze nieuwe informatie voor zichzelf gaan houden om dit in te zetten als concurrentievoordeel, iets wat desastreus zou zijn voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

2.3.3 Patiëntgerichtheid

Onder de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis vallen aspecten als de bejegening van de patiënt, communicatie met de patiënt, de toegankelijkheid van het medisch personeel, de informatievoorziening en de service rondom de verpleging van de patiënt (Damman, 2010).

Waar medische kwaliteit een vertrouwenskwaliteit is, is patiëntgerichtheid een ervaringskwaliteit (Darby en Karni, 1973; France en Grover, 1992). De patiëntgerichtheid kan namelijk nadat deze ervaren is, beoordeeld worden door de patiënt. Op dit moment is de Consumer Quality Index (CQ-index) van het Centrum Klantervaring Zorg de meest gegronde, gevalideerde en gestandaardiseerde maat voor het meten van patiëntervaringen (CKZ, 2011; Damman, 2010). De CQ-index meet alleen aspecten van de zorg die door patiënten beoordeelbaar zijn en gaat vooral in op aspecten als communicatie, bejegening, service en toegankelijkheid. Het gaat hierbij dus echt om de patiëntgerichtheid van de zorg. Daarnaast worden ook twee randvoorwaarden, namelijk de bereikbaarheid van het ziekenhuis en praktische zaken rondom het verblijf in het ziekenhuis gemeten.

Effect van communicatie over patiëntgerichtheid

Op het moment van schrijven is er nauwelijks bekend onderzoek gedaan naar het effect van marketingcommunicatie over patiëntgerichtheid. Onderzoek laat wel zien dat informatie over patiëntgerichtheid soms sceptisch ontvangen wordt (Damman, Hendriks en Delnoij, 2010). Dit kan verklaard worden door het feit dat de patiëntgerichtheid en service van een ziekenhuis een ervaring is, die sterk afhankelijk is van iemands interpretatie en daardoor niet objectief gemeten kan worden. Onderzoek met behulp van de transparantietheorie van Darby en Karni (1973) bevestigt dit door aan te tonen dat mensen meer sceptisch zijn over marketingcommunicatie bij ervaringskwaliteiten, zoals de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis, dan over marketingcommunicatie bij zoeken en vertrouwenskwaliteiten (Ford, Smith & Swasy, 1990). Toch maakt het grote belang van patiëntgerichtheid bij de ziekenhuiskeuze van de patiënt (Motivaction, 2005; Motivaction, 2010; Rijen, 2005; Schwartz, Woloshin en Birkmeyer, 2005; Vonberg, Sander en Gastmeier, 2008) deze factor relevant voor persuasieve communicatie van ziekenhuizen.

2.3.4 Prijs/vergoeding zorgverzekering

De laatste jaren is er veel meer transparantie gekomen in de kosten van medische behandelingen in ziekenhuizen. Zo zijn er op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prijzen te vinden van verschillende behandelingen en kunnen er op de website van Kiesbeter.nl behandelingen bij verschillende ziekenhuizen op prijs vergeleken worden. Daarnaast hebben veel ziekenhuizen de prijzen voor zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) op hun website staan. De Ziekenhuis Webscan van Capgemini uit 2004 laat zien dat in dat jaar al 51% van alle ziekenhuizen de DBC prijslijst online hebben staan (Capgemini, 2005). Recenter onderzoek is helaas niet aanwezig. De transparantie van de factor prijs/vergoeding zorgverzekering zorgt ervoor dat de factor gekenmerkt kan worden als zoekkwaliteit (Darby en Karni, 1973; France en Grover, 1992). De prijs van een behandeling is namelijk vooraf opzoekbaar en ook de dekking van de zorgverzekering voor een bepaalde behandeling kan voor aanvang van het ziekenhuisbezoek opgezocht worden.

Eerder genoemd onderzoek (Motivaction, 2010) laat zien dat de vergoeding van de behandeling door zorgverzekeraar één van de belangrijkste factoren in de keuze voor een ziekenhuis is. De factor prijs speelt vooral een rol wanneer de zorgverzekeraar van de patiënt geen contract met het ziekenhuis van de patiënt heeft (RIVM, 2010). Wanneer de patiënt toch behandeld wil worden in dat ziekenhuis, zal de patiënt zelf de kosten voor de behande-

ling moeten vergoeden. Daarnaast zou de patiënt eventueel kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar die de behandeling in het gekozen ziekenhuis wel vergoedt. Wisselen van zorgverzekeraar kost tijd en brengt rompslomp met zich mee, waardoor de wens van de patiënt om in een bepaald ziekenhuis behandeld te willen worden erg groot moet zijn. Deze wens kan versterkt worden door de reputatie van een ziekenhuis (RIVM, 2010).

2.3.5 Randvoorwaarden

Binnen dit onderzoek vallen onder de ziekenhuisfactoren ‘randvoorwaarden’ de voorzieningen, wachttijden en bereikbaarheid van een ziekenhuis. Alle aspecten binnen deze randvoorwaarden zijn zoekkwaliteiten (Darby en Karni, 1973; France en Grover, 1992). Patiënten zijn namelijk in staat voor aanvang van het bezoek aan een bepaald ziekenhuis informatie over de voorzieningen, wachttijden en bereikbaarheid van dat ziekenhuis op te zoeken.

Voorzieningen

Onder het kopje ‘voorzieningen’ valt de aanwezigheid en gesteldheid van faciliteiten binnen een ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan de aanwezigheid van bijvoorbeeld draadloos internet, kinderopvang, een postkantoor en een winkeltje. Tevens vallen hier ook technologische voorzieningen onder, als de aanwezigheid van geavanceerde medische apparatuur. Er is geen bekend onderzoek gedaan naar de invloed van (marketingcommunicatie over) de aanwezigheid en gesteldheid van voorzieningen binnen een ziekenhuis. Toch is het niet geheel ondenkbaar dat aspecten als de aanwezigheid van draadloos internet, kinderopvang of geavanceerde medische apparatuur wel positieve invloed kan hebben op de ziekenhuisvoorkeur van een patiënt.

Bereikbaarheid

Met de bereikbaarheid van het ziekenhuis wordt in dit onderzoek de telefonische bereikbaarheid, de fysieke bereikbaarheid met eigen en/of openbaar vervoer en de parkeergelegenheid bedoeld. Deze definitie is gebaseerd op die van de CKZ (2011). Eerder genoemd onderzoek wijst uit dat patiënten de bereikbaarheid van een ziekenhuis een belangrijk criteria vinden in de keuze voor een bepaald ziekenhuis (Motivaction, 2010).

Wachttijden

Met wachttijden worden alle wachttijden binnen een bepaald ziekenhuis bedoeld. Onderzoek wijst uit dat de wachttijd in bepaalde gevallen veel invloed op de keuze-intentie van de patiënt kan hebben. Onderzoek van het London Patient Choice Project laat zien hoe patiënten reageerden wanneer zij de mogelijkheid kregen te kiezen voor een alternatief ziekenhuis indien de wachttijd bij hun eigen ziekenhuis te lang was. De resultaten lieten zien dat meer dan de helft (67%) van de patiënten koos voor een alternatief ziekenhuis (Coulter, Maistre en Henderson, 2005).

2.3.6 Inhoud voor onderzoek

De negen besproken onderzoeken in paragraaf 2.3.1 laten zien dat zorgconsumenten over het algemeen de medische kwaliteit van een ziekenhuis het belangrijkste vinden, gevolgd door de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis. Het belang van deze factoren maakt het aannemelijk dat persuasieve communicatie over deze onderwerpen effectiever zal zijn dan persuasieve communicatie over de vergoeding van de zorgverzekering en de randvoorwaarden. Deze aanname wordt ondersteund met behulp van de transparantietheorie van Darby en Karni (1973). Onderzoek naar deze theorie toont aan dat marketingcommunicatie over zoekkwaliteiten vaak

minder effectief is dan marketingcommunicatie over ervaringskwaliteiten en vertrouwenskwaliteiten (Nelson, 1974; Verma, 1980). Dit betekent dat niet alleen het inhoudelijke aspect van medische kwaliteit en patiëntgerichtheid bijdraagt aan de effectiviteit van marketingcommunicatie, maar ook de transparantie van de twee keuzefactoren. Volgens de onderzoekers komt dit voornamelijk doordat marketingcommunicatie die informatie geeft over ervaringskwaliteiten en vertrouwenskwaliteiten, informatie geeft die anders voor aanschaf van een dienst of product niet opgedaan kan worden (Nelson, 1974; Verma, 1980). Bij zoekkwaliteiten als de prijs/vergoeding zorgverzekering en randvoorwaarden van een ziekenhuis kan dit wel. Om deze redenen worden bij dit onderzoek de onderwerpen medische kwaliteit en patiëntgerichtheid onderzocht.

2.4 Invloed van evidentie in persuasieve communicatie

Bij het schrijven van persuasieve teksten wordt vaak gebruik gemaakt van argumentatie om de lezer te overtuigen van een bepaald standpunt (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Mensen zijn van nature kritisch en geloven daardoor niet zomaar alles wat een schrijver beweert. Meestal is het nodig om aan de hand van ondersteunend bewijs aan te tonen dat een bepaald standpunt of gevolg wenselijk en waarschijnlijk is. Dit ondersteunende bewijs wordt ook wel evidentie genoemd (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009).

2.4.1 Soorten evidentie

In de literatuur worden vier verschillende soorten evidentie onderscheiden (Hoeken en Hustinx, 2002). Dit zijn statistische, anekdotische, causale en autoriteitsevidentie. In navolging van Rieke en Sillars (1984), geven Hoeken en Hustinx (2002) de definities van deze vormen van evidentie. Onder anekdotische evidentie verstaan de schrijvers het aanvoeren van een specifiek geval of voorbeeld. Bij statistische evidentie wordt een getalsmatige samenvatting van een aantal specifieke gevallen gegeven. Causale evidentie houdt in dat het optreden van het gevolg wordt verklaard of voorspeld op basis van een oorzaak-gevolg relatie. Tot slot geven de schrijvers aan dat autoriteitsevidentie wordt gevormd door het aanhalen van de mening van een deskundige op het desbetreffende terrein.

2.4.2 Overtuigingskracht van evidentie

Er is veel onderzoek gedaan naar de overtuigingskracht van de verschillende evidentievormen. Zo geeft Hornikx (2005) in zijn onderzoek een overzicht van veertien onderzoeken die elk de relatieve overtuigingskracht van minstens twee van de vier evidentievormen toetsen. Dit overzicht laat zien dat vanuit het meeste onderzoek is gedaan naar het verschil in overtuigingskracht tussen statistische en anekdotische evidentie. Hoewel het meeste onderzoek aantoont dat statistische evidentie overtuigender is dan anekdotische evidentie, zijn er ook onderzoeken die andere resultaten laten zien. Zo laat de meta-analyse van Baesler en Burgoon (1994), waarin de resultaten van verschillende experimenten vergeleken worden, zien dat in sommige gevallen anekdotische evidentie overtuigender is dan statistische evidentie. Baesler en Burgoon (1994) merkten daarbij echter op dat in veel van deze experimenten de anekdotische evidentie in de teksten langer, begrijpelijker en levendiger was dan de statistische evidentie. Wanneer zij in een eigen experiment deze zaken constant hielden, bleek juist dat de respondenten de statistische evidentie overtuigender vonden. Deze bevindingen tonen aan dat de levendigheid, begrijpelijkheid en lengte van een tekst veel invloed heeft op de overtuigingskracht van de evidentie.

Later onderzoek toont aan dat bij het constant houden van de levendigheid, begrijpelijkheid en de lengte van teksten, anekdotische evidentie toch even overtuigend kan zijn als statistische evidentie. Zo laat onderzoek van Hoeken en van Wijk (1997) zien dat statistische en anekdotische evidentie even overtuigend zijn wanneer het gaat om een analoog argument. Een analoog argument wordt door de onderzoeker gedefinieerd als een argument waarbij twee situaties, die in veel essentiële kenmerken overeenkomen, met elkaar vergeleken worden. Hoeken en van Wijk (1997) onderzochten in hun onderzoek wat de meest overtuigende evidentie was voor de claim dat het plaatsen van straatverlichting zorgt voor minder inbraken. De onderzoekers gebruikten hierbij het analoge, anekdotische argument dat het plaatsen van straatverlichting in stad X (een stad die sterk overeen kwam met de stad in kwestie) voor minder inbraken zorgde. Respondenten vonden dit argument even overtuigend als het statistische argument, waarin Hoeken en van Wijk aangaven dat in de 48 steden waar straatverlichting geplaatst was, het aantal inbraken met gemiddeld 42% daalde. Dit onderzoek laat zien dat de mate van overeenkomst tussen twee situaties veel invloed heeft op de overtuigingskracht van anekdotische evidentie. Recenter onderzoek van Hoeken en Hustinx (2009) bevestigt deze resultaten.

Anekdotische evidentie die de waarschijnlijkheid ondersteunt, kan ook worden gepresenteerd in de vorm van een exemplar (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Een exemplar is een klein verhaaltje met een hoofdpersoon, dat laat zien dat het (on)wenselijke gevolg inderdaad optreedt. Het verschil tussen anekdotische evidentie en een exemplar ligt voornamelijk in de lengte van de evidentie. Waar anekdotische evidentie vaak slechts een paar regels omvat, is een exemplar veel langer en uitgebreider. Verschillende onderzoeken tonen aan dat exemplars een grotere invloed kunnen hebben dan statistische evidentie op de waarschijnlijkheidsinschatting dat een bepaald (on)gewenst gevolg zal optreden (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Deze sterke effecten van exemplars worden door Brosius (2000; in Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009) verklaard aan de hand van de ingesleten gewoonte van mensen om hun meningen te baseren op de getuigenissen en ervaringen van hun medemensen.

Wanneer gekeken wordt naar de relatieve overtuigingskracht van causale en autoriteitsevidentie laat onderzoek zien dat deze vormen van evidentie even overtuigend zijn als statistische evidentie of qua overtuigingskracht tussen statistische en anekdotische evidentie in liggen (Hoeken en Hustinx, 2002; Hornikx, 2008)

2.4.3 Evidentietypen voor onderzoek

In dit onderzoek worden twee verschillende evidentievormen getoetst, namelijk statistische evidentie en anekdotische evidentie. De reden hiervoor ligt voornamelijk in het feit dat er naar deze twee evidentietypen het meeste onderzoek gedaan is. Daarnaast zijn deze evidentievormen ook goed toepasbaar voor een ziekenhuis. Statistische gegevens over de kwaliteit en patiëntgerichtheid zijn grootschalig aanwezig. Daarnaast kan anekdotische evidentie ook vrij gemakkelijk ingevuld worden door het verhaal van één patiënt te vertellen. Wanneer dit op een analoge manier gebeurt, waarbij specifiek rekening wordt gehouden met de kenmerken van de lezers van de tekst, zou dit in navolging van het onderzoek van Hoeken en van Wijk (1997) en Hoeken en Hustinx (2009) even overtuigend kunnen zijn als statistische evidentie.

2.5 Invloed van patiëntafhankelijke factoren

De effectiviteit van persuasieve communicatie is niet alleen afhankelijk van de boodschap, maar ook van de lezer van de tekst (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Hoeken, Hornikx en Hustinx (2009) geven in hun boek aan

dat lezersafhankelijke factoren als betrokkenheid, stemming, need for cognition, afleiding en voorkennis invloed hebben op de overtuigingskracht van persuasieve teksten. Deze lezersafhankelijke factoren zorgen ervoor dat lezers een afwijkende informatie- en communicatievoorkeur hebben en door de verschillende afwijkende factoren ook afwijkend op teksten reageren. De lezers van persuasieve communicatie op een ziekenhuiswebsite zijn hoogstwaarschijnlijk patiënten of naasten van patiënten. Om die reden wordt in deze paragraaf voornamelijk aandacht besteed aan specifieke patiëntafhankelijke factoren die invloed hebben op het verwerken van (persuasieve) teksten.

Jung en anderen (2003) hebben een uitgebreide literatuurstudie gedaan waarbij 145 onderzoeken naar de voorkeur van patiënten met betrekking tot de eerstelijnszorg zijn geanalyseerd. Hierbij werd gekeken in welke mate demografische factoren gerelateerd waren aan de voorkeur van patiënten. De resultaten van deze analyse lieten zien dat in ruim een kwart van de gevallen demografische variabelen invloed hadden op de voorkeur van patiënten. Zo waren leeftijd in 38% van de gevallen en economische status in 33% van de gevallen gerelateerd aan patiëntvoorkeur. Opleidingsniveau, gezondheid, gezinssituatie, geslacht en zorggebruik waren in 25% van de gevallen gerelateerd aan patiëntvoorkeur.

Onderzoek van TNS NIPO (2003) dat zich specifiek richt op de inhoudelijke voorkeur van patiënten laat zien dat er verschillen zijn tussen wat bepaalde patiëntgroepen belangrijk vinden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen electieve-, chronische- en wenzorgpatiënten. De resultaten van het onderzoek laten zien dat chronische patiënten de houding van de arts tot de patiënt belangrijker vinden dan electieve patiënten dit vinden. Daarentegen vinden electieve patiënten de kwaliteit van de behandeling belangrijker dan chronische patiënten dat vinden. De prijs van de behandeling wordt vooral door wenzorgpatiënten belangrijk gevonden, terwijl deze door chronische en electieve patiënten veel minder belangrijk gevonden wordt. Deze verschillen kunnen een goede aanwijzing zijn voor meer patiëntgerichte marketingcommunicatie. Door in te gaan op onderwerpen die verschillende patiëntgroepen belangrijk vinden kan beter ingespeeld worden op die specifieke informatievoorkeur van deze groepen.

Onderzoek van Groenewoud (2008) laat soortgelijke resultaten zien als het onderzoek van TNS NIPO (2003). In dit onderzoek wordt bij patiënten onderscheid gemaakt op basis van het type aandoening (electief, chronisch of palliatief), de fase van de aandoening (begin of gevorderd), de levenshouding (actief of passief) en het opleidingsniveau (laag of hoog) van de patiënt. Door middel van interviews met patiënten werd in dit onderzoek onderzocht op welke manier zij een ziekenhuiskeuze maken en welke informatie(bronnen) zij daarbij gebruiken. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat patiënten met een electieve aandoening vooral geïnteresseerd zijn in informatie rondom de medische effectiviteit en veiligheid van de behandeling. Chronische patiënten hebben daarentegen meer voorkeur voor informatie over de patiëntgerichtheid van een behandeling, zoals de continuïteit van de behandeling en de vriendelijkheid van de behandelaar. Dit verschil in informatievoorkeur is ook vrij logisch. Chronische patiënten zijn vaak voor een veel langere periode in behandeling bij een arts of medisch specialist, waardoor zij meer belang hebben bij een prettige relatie met de behandelaar dan iemand die slechts voor een korte periode contact heeft met een arts of specialist. Daarnaast zijn veel chronische aandoeningen ongeneesbaar, waardoor uitkomstgerichte informatie over behandelingen minder van belang is. Electieve patiënten zijn daarentegen voor een veel kortere periode in behandeling bij een arts of medisch specialist, waardoor de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis hierdoor wellicht minder belangrijk is dan bij chronische patiënten. De effectiviteit van de operatie of behandeling speelt daarentegen een veel grotere rol, aangezien de kans op genezing bij deze patiënten vele malen hoger ligt dan bij chronische patiënten en genezing daarnaast ook vaak het uiteindelijke doel van de operatie of behandeling is.

De resultaten van het onderzoek van Groenewoud (2008) laten daarnaast zien dat electieve patiënten vaker internet gebruiken als informatiebron dan chronische patiënten. Chronische patiënten vertrouwen daarentegen meer op hun huisarts dan electieve patiënten dit doen. Ook dit komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van TNS NIPO (2003).

In dit onderzoek zal met betrekking tot patiëntafhankelijke factoren alleen rekening gehouden worden met het type aandoening. Hierbij worden twee type aandoeningen onderscheiden, namelijk electieve en chronische aandoeningen. Zoals ook in paragraaf 2.1.2 aangegeven is, zijn patiënten met deze aandoeningen het meest interessant voor onderzoek. Wenzorgpatiënten, die in het onderzoek van TNS NIPO (2003) wel onderzocht zijn, worden immers al veel langer blootgesteld aan marketingcommunicatie. Wenzorg wordt namelijk vaak door particuliere klinieken aangeboden. Daarnaast speelt palliatieve zorg, een vorm van zorg die Groenewoud (2008) meeneemt in zijn onderzoek, zich vaak af in verpleeghuizen of hospitiums en niet in ziekenhuizen. Hierdoor zijn ook deze patiënten minder interessant in dit onderzoek.

Een belangrijke reden om de invloed van het type aandoening verder te onderzoeken is dat deze doelgroepindeling ook praktisch toe te passen is op de website van een ziekenhuis. De websites van ziekenhuizen zijn over het algemeen ingedeeld op specialisme of type aandoening en niet op kenmerken als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau of andere patiëntafhankelijke kenmerken. Door deze praktijkgerichte doelgroepindeling ook in dit onderzoek als uitgangspunt te nemen, kunnen aan het eind van dit onderzoek toepasbare aanknopingspunten gegeven worden.

2.6 Houding en gedrag

Bij dit onderzoek wordt gekeken op welke manier marketingcommunicatie op de website van een ziekenhuis het keuzegedrag van de patiënt kan beïnvloeden. Om iemands gedrag te kunnen voorspellen, verklaren en beïnvloeden worden in de communicatiewetenschap verschillende modellen en theorieën gebruikt. Eén van de meeste bekende modellen hierbij is de Theory of Planned Behaviour (TPB) (Ajzen, 1991). Dit wereldwijd geaccepteerde model is al veelvuldig gebruikt om verschillende soorten gedrag te verklaren en wordt ook vaak gebruikt om gedrag gerelateerd aan gezondheid te verklaren (Conner en Norman, 2005). Zo is de TPB al veel toegepast bij risico gerelateerd gedrag rondom drugs-, alcohol- en condoomgebruik en gedrag rondom lichamelijke beweging, het volgen van een dieet en het meewerken aan preventief gezondheidsonderzoek (Conner en Norman, 2005). Op het moment van schrijven zijn er geen bekende toepassingen van de TPB in gedrag rondom de keuze voor een ziekenhuis. De TPB gebruikt intentie om vast te stellen welk gedrag het individu daadwerkelijk uit gaat voeren. Deze aanname wordt ook bij dit onderzoek gebruikt.

Ajzen (1991) toont met zijn Theory of Planned Behaviour aan dat de houding ten opzichte van het gedrag één van de factoren is waar op de gedragsintentie van een individu gebaseerd is. Mitchell en Olson (1981) gaan hiermee nog een stap verder en toonden in hun onderzoek aan dat nog twee andere zaken dan alleen de houding ten opzichte van het gedrag invloed hebben op de daadwerkelijke gedragsintentie. De onderzoekers constateerden dat de houding ten opzichte van de advertentie, of in dit geval de marketingcommunicatietekst, invloed heeft op de houding ten opzichte van het merk, of in dit geval het ziekenhuis. Samen beïnvloeden deze twee houdingen de daadwerkelijke aankoopintentie van het individu. In dit onderzoek is deze aankoopintentie de daadwerkelijke keuze-intentie van de patiënt met betrekking tot een ziekenhuis.

2.7 Hypotheses en onderzoeksmodel

Binnen dit onderzoek wordt het effect van drie onafhankelijke variabelen getoetst op de effectiviteit van persuasieve communicatie op de website van een ziekenhuis. De eerste onafhankelijke variabele is de inhoud van de communicatie. Hierbij worden twee communicatieonderwerpen getoetst, namelijk informatie over de medische kwaliteit van een ziekenhuis en informatie over de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis. De tweede onafhankelijke variabele is het evidentietype dat in de communicatie wordt toegepast. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen statistische evidentie en anekdotische evidentie. De derde onafhankelijke variabele is het type aandoening dat de patiënt heeft. Hierbij worden twee soorten patiënten onderscheiden, namelijk electieve en chronische patiënten.

2.7.1 Onderzoeksdoel en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht creëren in de invloed van de drie onafhankelijke variabelen (type inhoud, evidentietype en type aandoening) op het effect van marketingcommunicatie. De effectiviteit wordt in navolging van Mitchell en Olson (1981) en Ajzen (1991) gemeten aan de hand van drie afhankelijke variabelen, namelijk (1) de houding van de patiënt ten opzichte van de tekst, (2) de houding van de patiënt ten opzichte van het ziekenhuis en (3) de keuze-intentie van deze patiënt. Hierbij is de volgende *onderzoeksvraag* geformuleerd:

Wat is de invloed van type inhoud, evidentietype en het type aandoening op de houding van de patiënt ten opzichte van de marketingcommunicatie, de houding van de patiënt ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie van de patiënt met betrekking tot de ziekenhuiskeuze?

2.7.2 Hypotheses en onderzoeksmodel

Op basis van de in het theoretisch kader besproken literatuur kunnen enkele hypotheses opgesteld worden. De totstandkoming van deze hypotheses wordt in deze paragraaf toegelicht.

Inhoud van communicatie

Aan de hand van het besproken onderzoek in paragraaf 2.3 is te verwachten dat patiënten over het algemeen medische kwaliteit belangrijker zullen vinden dan patiëntgerichtheid en daardoor ook voorkeur geven aan marketingcommunicatie hierover. Op basis hiervan is de volgende hypothese opgesteld:

H1: Teksten over medische kwaliteit zullen over het algemeen een positievere houding en keuze-intentie genereren dan teksten over patiëntgerichtheid.

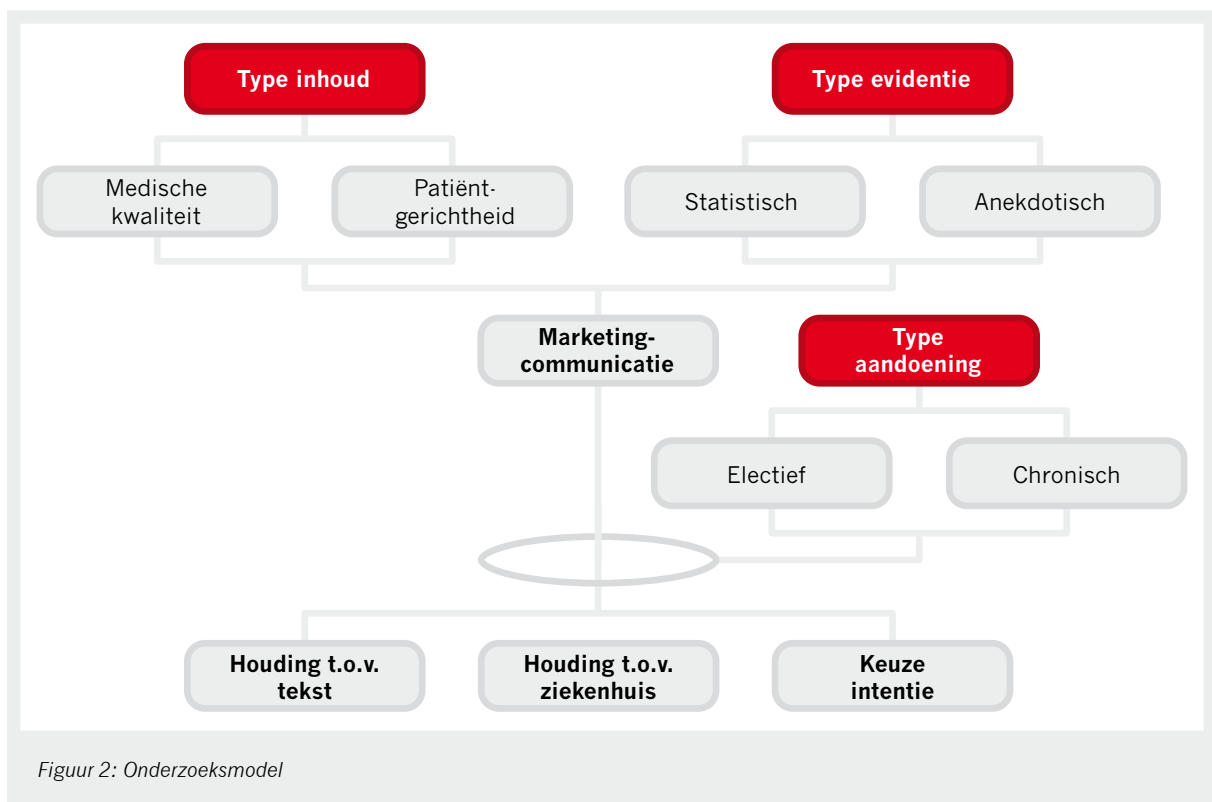
Evidentietype

Het besproken onderzoek in paragraaf 2.4 toont aan dat zowel statistische als anekdotische evidentie effectief kan zijn in het beargumenteren van claims. Hierdoor kan voor de variabele evidentietype geen verwachting in de vorm van hypotheses gesteld worden. Dit onderzoek zal uitwijzen of de overtuigingskracht van statistische en anekdotische evidentie bij claims over de medische kwaliteit en patiëntgerichtheid van een ziekenhuis gelijk is of afwijkt.

Type aandoening

De in paragraaf 2.5 besproken literatuur geeft sterke aanwijzingen dat electieve patiënten voorkeur hebben voor informatie over medische kwaliteit (Groenewoud, 2008; TNS NIPO, 2003). Hierdoor is het aannemelijk dat marketingcommunicatie over dit onderwerp ook effectiever is bij deze groep. Daarnaast laten deze onderzoeken van Groenewoud en TNS NIPO ook zien dat chronische patiënten voorkeur hebben voor informatie over de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis. Hierdoor is het aannemelijk dat marketingcommunicatie over dit onderwerp effectiever is bij deze groep patiënten. Op basis van deze aanwijzingen is de volgende hypothese opgesteld:

H2: Electieve patiënten zullen door teksten over medische kwaliteit een positievere houding en keuze-intentie genereren dan door teksten over patiëntgerichtheid. Chronische patiënten zullen door teksten over patiëntgerichtheid een positievere houding en keuze-intentie genereren dan door teksten over medische kwaliteit.



In bovenstaand figuur staat het onderzoeksmodel dat bij dit onderzoek gebruikt wordt weergegeven. Zoals te zien is vormen de inhoud en het evidentietype samen de marketingcommunicatietekst. Deze marketingcommunicatieteksten worden beoordeeld door twee soorten patiënten, namelijk electieve en chronische patiënten. De beoordeling resulteert in een bepaalde houding ten opzichte van de tekst, een bepaalde houding ten opzichte van het ziekenhuis en een bepaalde keuze-intentie ten opzichte van het ziekenhuis.

3. Methode

Om erachter te komen op welke manier marketingcommunicatie op een ziekenhuiswebsite het meest effectief kan zijn is een experiment uitgevoerd. Dit hoofdstuk geeft inzicht in het onderzoeksdesign, de procedure, de steekproef en de gebruikte onderzoeksmaterialen.

3.1 Design en procedure

Het bij dit onderzoek gebruikte onderzoeksdesign is een experiment op basis van een tussen-persoons design. Dit betekent dat de twee verschillende evidentietypen (statistisch en anekdotisch) apart voor de twee verschillende onderwerpen (medische kwaliteit en patiëntgerichtheid) onder twee verschillende respondentengroepen (chronische patiënten en electieve patiënten) getest zijn. In totaal waren er dus acht verschillende condities, waarvan elke respondent er maar één heeft gezien.

Het onderzoek bestond uit een elektronische vragenlijst die online verspreid werd. De vragenlijst is aangemaakt in het online enquêteprogramma *Thesistools* op <http://www.thesistools.com/ziekenhuiscommunicatie>. Met behulp van de randomisatie functie die Thesistools biedt werden de acht condities at random onder de respondenten verdeeld. Zodra er voor een bepaalde conditie voldoende compleet ingevulde vragenlijsten aanwezig waren is deze conditie offline gezet en werd deze specifieke conditie niet meer voorgelegd aan respondenten. De vragenlijst is door middel van e-mail verspreid onder contacten van de onderzoeker en het opdrachtgevende bedrijf Team Nijhuis. Daarnaast zijn ook de Twitter en Facebook accounts van de onderzoeker en Team Nijhuis ingezet bij het werven van respondenten. Hierbij is het onderzoek ook weer verder gedeeld door relaties van Team Nijhuis.

Voordat respondenten de vragenlijst mochten invullen kregen zij een diagnosecase waarin stond dat zij chronisch nierfalen hadden of een knieoperatie moesten ondergaan. Hierna kregen de deelnemers een website te zien waarop een marketingcommunicatietekst stond. Na het lezen van deze tekst mochten de respondenten de vragen beantwoorden. De vragen gingen voornamelijk in op de houding van de deelnemer ten opzichte van de tekst, zijn of haar houding ten opzichte van het ziekenhuis en de gedragsintentie met betrekking tot de ziekenhuiskeuze. Daarnaast zijn er nog enkele vragen gesteld die specifiek ingingen op het keuzegedrag van de respondent en zijn er enkele vragen gesteld over de invloed van de twee niet onderzochte keuzefactoren, namelijk de vergoeding van de zorgverzekering en de randvoorwaarden. Als laatste is nog gevraagd naar de demografische variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring.

3.2 Steekproef

Hoewel de doelgroep van marketingcommunicatie op een ziekenhuiswebsite overwegend uit patiënten met een directe zorgbehoefte bestaat, werd bij de uitvoering van dit onderzoek een vragenlijst afgenomen onder zorgconsumenten zonder directe zorgbehoefte. Hiervoor is gekozen omdat voor dit onderzoek eigenlijk patiënten nodig waren waarbij net een diagnose gesteld was, maar waarbij de patiënten nog geen actie hadden ondernomen met betrekking tot de keuze voor een ziekenhuis. Wanneer de patiënt namelijk al wel op zoek was gegaan naar

informatie, kon deze extra voorkennis een bepaalde ruis in de onderzoeksresultaten veroorzaken die moeilijk uit te sluiten is. Het moment tussen het vaststellen van de diagnose en het zoeken naar informatie is waarschijnlijk zeer kort. Patiënten zullen waarschijnlijk direct meer willen weten over hun aandoening, waardoor het moment waarop het onderzoek uitgevoerd zou worden erg kort was. Daarmee is het ook ethisch onverantwoord om patiënten direct na de diagnosestelling te ondervragen. De kans dat zij hier op dat moment geen behoefte aan hebben is groot. Daarom is er voor de uitvoering van dit onderzoek gekozen voor zorgconsumenten zonder directe zorgbehoefte. Door elke respondent voor aanvang van het onderzoek een diagnosecase voor te leggen werd ervoor gezorgd dat respondenten zich konden inbeelden dat zij een bepaalde aandoening hadden. Op deze manier kon toch, de voor dit onderzoek, meest ideale fase in het ziekteproces getoetst worden.

In totaal hebben 287 deelnemers meegedaan aan het onderzoek. Hiervan hebben 216 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Dit zijn 27 respondenten per conditie. Deze gelijke verdeling van het aantal respondenten is gerealiseerd door condities die door voldoende mensen compleet ingevuld waren offline te zetten in Thesis-tools. De steekproef is door middel van een selecte gemaksteekproef getrokken. Hierbij is getracht de verdeling van de demografische variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau zoveel mogelijk overeen te laten komen met de populatie door ook gericht mensen met specifieke demografische kenmerken te vragen voor het onderzoek.

Er waren twee voorwaarden voor respondenten om mee te kunnen doen aan dit onderzoek. Ten eerste moest de respondent 21 jaar of ouder zijn. Er is voor deze leeftijdsgrens gekozen omdat verwacht wordt dat een persoon een bepaalde mate van volwassenheid moet hebben bereikt om een bewuste en onafhankelijke keuze voor een ziekenhuis te kunnen maken. Volgens de Nederlandse wet is iemand vanaf 21 jaar geheel onafhankelijk, vandaar dat deze leeftijdsgrens is aangehouden. Ten tweede mochten de respondenten geen ervaring hebben met een knieoperatie of nieraandoening. Deze twee medische zaken werden namelijk gebruikt in de diagnosecases van dit onderzoek. Specifieke voorkennis over knie- en/of nieraandoeningen zou de resultaten van het onderzoek zeer waarschijnlijk sterk beïnvloeden.

3.3 Materialen

Bij dit onderzoek worden verschillende onderzoeksmaterialen gebruikt. De totstandkoming van deze materialen en de pretest van deze materialen worden in deze paragraaf toegelicht.

Bij het ontwerpen van de onderzoeksmaterialen is zoveel mogelijk rekening gehouden met de lezersafhankelijke factoren die volgens Hoeken, Hornikx en Hustinx (2009) invloed hebben op de overtuigingskracht van een persuasieve tekst. Deze factoren zijn betrokkenheid, stemming, need for cognition, afleiding en voorkennis. De factoren betrokkenheid en voorkennis zijn bij dit onderzoek constant gehouden waardoor de invloed van deze factoren bij dit onderzoek zoveel mogelijk uitgesloten is. Door te werken met diagnosecases wordt de betrokkenheid van deelnemers gecontroleerd. Mensen zijn over het algemeen zeer betrokken bij hun eigen gezondheid. Hierdoor is het aannemelijk dat de betrokkenheid om een tekst te lezen die relevant is voor de eigen gezondheid vrij groot is. Daarnaast is bevooroordeelde voorkennis bij dit onderzoek uitgesloten door gebruik te maken van een fictief ziekenhuis namelijk, het Oostland ziekenhuis. Door een fictief ziekenhuis te gebruiken worden factoren als imago, reputatie en andere voorkennis buiten beschouwing gelaten. Hierdoor kan het verschil in de overtuigingskracht van de teksten met meer zekerheid worden toegeschreven aan het effect van de evidentie, inhoud en/of het type aandoening. De factoren stemming, need for cognition en afleiding kunnen bij dit onderzoek niet gecontroleerd worden.

3.3.1 Totstandkoming diagnosecases

De diagnosecases zijn geschreven op basis van medische literatuur afkomstig van de website van de Nierpatiënten Vereniging Nederland (www.nvn.nl) en de website www.knieoperatie.nl. Er is getracht de cases zo beknopt en duidelijk mogelijk te schrijven, zodat ze voor iedereen begrijpelijk zijn. Daarnaast is door tekstueel in te spelen op de emoties angst en onzekerheid geprobeerd de respondent zich zo goed mogelijk in de situatie in te laten leven. Op deze manier kan de betrokkenheid van de respondenten, welke volgens Hoeken, Hornikx en Hustinx (2009) invloed heeft op de overtuigingskracht van de tekst, gelijk gehouden worden. De uitgewerkte diagnosecases zijn te vinden in bijlage 2.

3.3.2 Totstandkoming persuasieve teksten

Inhoud

Verschillende overheidsinstanties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het programma Zichtbare Zorg en het Centrum Klantervaring Zorg meten aan de hand van verschillende indicatoren de kwaliteit en patiëntgerichtheid van een ziekenhuis. Om relevante en volledige teksten te kunnen samenstellen, zullen de belangrijkste aspecten hieruit behandeld worden in de teksten. De inhoud van de tekst speelt namelijk een grote rol bij de overtuigingskracht van de tekst Hoeken, Hornikx en Hustinx (2009).

Medische kwaliteit

Bij het opstellen van de teksten over medische kwaliteit is een selectie gemaakt uit de kwaliteitsindicatoren van de IGZ en het programma Zichtbare Zorg (IGZ, 2011; Programma Zichtbare Zorg, 2011). Hierbij zijn de volgende onderwerpen geselecteerd: (1) IGZ score/beoordeling afdeling of behandeling, (2) operatievolume, (3) het feit dat een aandoening een specialisme is en (4) het feit dat het ziekenhuis veel kennis, expertise en ervaring heeft. Deze vier onderwerpen zullen in elke tekst over medische kwaliteit benoemd worden, om op die manier de teksten inhoudelijk zoveel mogelijk hetzelfde te houden.

Patiëntgerichtheid

In de teksten over de patiëntgerichtheid van een ziekenhuis zijn onderwerpen behandeld die binnen de CQ Index getoetst worden. De CQ index over ziekenhuizen bestaat uit tien onderwerpen CKZ (2011). Hieruit zijn de volgende onderwerpen geselecteerd: (1) goede relatie/omgang met medisch personeel, (2) goede bejegening, (3) duidelijke communicatie en (4) rekening houden met de wensen van de patiënt. Deze vier onderwerpen zullen in elke tekst over patiëntgerichtheid benoemd worden, om op die manier de teksten inhoudelijk zoveel mogelijk hetzelfde te houden.

Evidentie

Naast de inhoud is er bij het schrijven van de teksten ook rekening gehouden met de twee evidentietypen. Dit is gedaan door aanknopingspunten voor statistische en anekdotische evidentie uit de literatuur te gebruiken.

Statistische evidentie

Volgens de literatuur is statistische evidentie een getalsmatige samenvatting van een aantal specifieke getallen (Hoeken en Hustinx, 2002). Deze vorm van evidentie kenmerkt zich door het noemen van statistische en controleerbare prestaties. Binnen dit onderzoek is de statistische evidentie door middel van deze statistische prestaties weergegeven. De argumenten zijn controleerbaar gemaakt door de bron van de gegevens te noemen. Daarnaast zijn in dit onderzoek de statistische prestaties vergeleken met een benchmark in de vorm van 'het

Nederlandse gemiddelde' of 'gemiddelde ziekenhuisscores'. De reden hiervoor is dat de statistische ziekenhuisprestaties voor leken wat nietszeggend kunnen zijn. Door het geven van vergelijkingsmateriaal kunnen de statistische prestaties beter geïnterpreteerd worden en krijgen de cijfers meer betekenis.

Anekdotische evidentie

Anekdotische evidentie is het aanvoeren van een specifiek geval of voorbeeld (Hoeken en Hustinx, 2002). Binnen dit onderzoek is deze vorm van evidentie opgebouwd door het geven van een exemplar, waarbij het verhaal van één specifieke patiënt, namelijk Frank Verhoeven, wordt verteld. Door onderdelen uit de diagnosecase terug te laten komen in het argument en daarnaast ook de gevoelens van Frank te beschrijven is geprobeerd de mate waarin lezers zich met Frank Verhoeven kunnen identificeren te versterken. Deze identificatie draagt bij aan de analogie van het argument. Deze analogie kan sterk bijdragen aan de overtuigingskracht van het anekdotische argument (Hoeken en Van Wijk, 1997). Tabel 1 geeft een overzicht van de verdeling van de verschillende variabelen per conditie weer.

Tabel 1

Verdeling onafhankelijke variabelen per conditie

Conditie	Evidentie	Inhoud	Type aandoening
1	Statische evidentie	Medische kwaliteit	Knieoperatie
2	Statische evidentie	Medische kwaliteit	Chronische nierfalen
3	Statische evidentie	Patiëntgerichtheid	Knieoperatie
4	Statische evidentie	Patiëntgerichtheid	Chronische nierfalen
5	Anekdotische evidentie	Medische kwaliteit	Knieoperatie
6	Anekdotische evidentie	Medische kwaliteit	Chronische nierfalen
7	Anekdotische evidentie	Patiëntgerichtheid	Knieoperatie
8	Anekdotische evidentie	Patiëntgerichtheid	Chronische nierfalen

Overige invloedsfactoren

De teksten zijn zoveel mogelijk hetzelfde gehouden op een aantal belangrijke punten. Op deze manier kan het verschil in overtuigingskracht namelijk met meer zekerheid worden toegeschreven aan het effect van de evidentie, de inhoud of de aandoening. Deze punten zijn (1) de lengte van de teksten, (2) de sterkte van de evidentie in de teksten, (3) de levendigheid van de teksten en (4) de begrijpelijkheid van de teksten. Allereerst is, in navolging van Hoeken en Hustinx (2002), de lengte van de teksten zoveel mogelijk constant gehouden. Zo zijn alle teksten tussen de 245 en 249 woorden, wat betekent dat de teksten maximaal vier woorden (1,6%) van elkaar afwijken. Als tweede is de sterkte van de evidentie zoveel mogelijk constant gehouden. Het schema aan het eind van bijlage 3 laat zien dat in alle teksten dezelfde inhoudelijke argumenten en dezelfde aanknopingspunten voor evidentie benoemd zijn. Als derde is getracht de levendigheid van de teksten zoveel mogelijk constant te houden. De levendigheid van een tekst heeft namelijk invloed op de overtuigingskracht ervan (Baesler en Burgoon, 1994). Tot slot is de begrijpelijkheid van de teksten zoveel mogelijk constant gehouden. De complexiteit van de evidentie heeft namelijk invloed op de overtuigingskracht ervan (Hoeken, Hornikx en Hustinx, 2009). Deze levendigheid en begrijpelijkheid zijn door middel van een pretest onderzocht (zie paragraaf 3.3.4). De uitgewerkte teksten zijn te vinden in bijlage 3.

3.3.3 Totstandkoming vragenlijst

In deze paragraaf wordt uitgelegd op welke manier de vragenlijst inhoudelijk opgebouwd is. Om de afhankelijke variabelen houding ten opzichte van de tekst, houding ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie te kunnen meten zijn de volgende constructen geoperationaliseerd.

Houding ten opzichte van de tekst

De houding ten opzichte van de tekst wordt aan de hand van zes semantische differentiaal op een zevenpunt Likert scale gemeten. Voorbeelden hierbij zijn differentiaal als goed versus slecht, interessant versus oninteressant en geloofwaardig versus ongeloofwaardig. De differentiaal zijn samengesteld op basis van de 'Attitude toward the ad (General)' schaal uit het boek *Marketing Scales Handbook* van Bruner (2009) en de schalen uit de onderzoeken van Hornikx en Houët (2009), Hoeken en Hustinx (2002) en Hoeken en Hustinx (2009). De differentiaal die voor een persuasieve tekst van een ziekenhuis het meest relevant waren, zijn hieruit geselecteerd. Samen hadden de zes differentiaal een Cronbach's Alpha van 0,866, waardoor gesproken wordt van een betrouwbaar construct.

Houding ten opzichte van het ziekenhuis

Voor het meten van de houding ten opzichte van het ziekenhuis zijn zeven semantische differentiaal op een zevenpunt Likert scale gemeten. De differentiaal zijn bijvoorbeeld betrouwbaar versus onbetrouwbaar, aantrekkelijk versus onaantrekkelijk en deskundig versus ondeskundig. De differentiaal zijn samengesteld op basis van de 'Attitude toward the company' schaal en de 'Attitude toward the brand' schaal uit het boek *Marketing Scales Handbook* van Bruner (2009). De voor een ziekenhuis meest relevante differentiaal zijn hieruit geselecteerd. Daarnaast zijn de geselecteerde differentiaal aangevuld met enkele kernwaarden uit de kwaliteitsindicatoren uit de CQ-index en de resultaten van de inspecties van de IGZ. Deze indicatoren geven namelijk een goed beeld van waar een ziekenhuis aan moet voldoen om als 'goed' beoordeeld te worden. Dit zijn zaken als toegankelijkheid, vriendelijkheid en het bieden van goede hulp. Samen hadden de zeven differentiaal een Cronbach's Alpha van 0,866. We kunnen dus spreken van een betrouwbaar construct.

Keuze-intentie

De keuze-intentie van de patiënt is gemeten met drie stellingen die op basis van een zevenpunt Likert scale zijn beoordeeld. De hierbij gebruikte semantische differentiaal zijn de waarschijnlijkheid waarmee een respondent wel voor het Oostland ziekenhuis zou kiezen, de waarschijnlijkheid waarmee een respondent nooit naar dit ziekenhuis zou gaan en de waarschijnlijk hier waarmee een respondent het Oostland ziekenhuis zou aanbevelen bij familie, vrienden en kennissen. Deze schalen zijn op basis van de standpunt-verwerpingschaal uit het boek van Hoeken (1998) geformuleerd. Samen hebben de drie differentiaal een Cronbach's Alpha van 0,653, waardoor gesproken kan worden van een redelijk betrouwbaar construct.

Overige vragen

Naast vragen over de afhankelijke variabelen zijn er ook enkele vragen over keuzefactoren en het keuzeproces gesteld. De vragen over de keuzefactoren wachttijd, bereikbaarheid, voorzieningen en vergoeding van zorgverzekering zijn op basis van soortgelijke vragen uit het onderzoek van TNS NIPO (2003) opgesteld. Vervolgens zijn er nog enkele vragen gesteld over het keuzeproces van de respondent. De vragen over de keuzefactoren en het keuzeproces zijn gesteld om meer inzicht te krijgen in de context van de onderzoeksresultaten.

Vervolgens is ook gevraagd naar de houding van de respondent ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen. Dit is gedaan omdat mensen in Nederland nog niet gewend zijn aan marketingcommunicatie van ziekenhuizen en onderzoek aantoonde dat mensen dit ook vaak niet acceptabel vinden (Van Rijen, 2005). Door iemands houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen te meten kunnen positieve of negatieve scores op de houding ten opzichte van de tekst wellicht verklaard worden. De houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen is gemeten op basis van zeven semantische differentiaal op een zevenpunt Likert scale. Hierbij zijn differentiaal als positief versus negatief, geloofwaardig versus ongeloofwaardig en ethisch verantwoord versus onethisch verantwoord gebruikt. De differentiaal zijn samengesteld op basis van de 'Attitude toward the ad (General)' schaal uit het boek *Marketing Scales Handbook* van Bruner (2009). De differentiaal die voor een marketingcommunicatietekst van een ziekenhuis het meest relevant waren zijn hieruit geselecteerd. Samen hadden de zeven differentiaal een Cronbach's Alpha van 0,892, waardoor gesproken wordt van een betrouwbaar construct.

Als laatste is nog gevraagd naar het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau en de ziekenhuiservaring van de respondent. De definitieve vragenlijst is te vinden in bijlage 4. Een compleet overzicht van de opbouw en betrouwbaarheid van de constructen is te vinden in tabel 2.

Tabel 2

Opbouw en betrouwbaarheid constructen

Construct	Aantal items	Cronbach's Alpha
Houding t.o.v. tekst	6	0,866
Houding t.o.v. ziekenhuis	7	0,866
Keuze-intentie	3	0,653
Houding t.o.v. marketingcommunicatie van ziekenhuizen	7	0,892

3.3.4 Pretest

Voordat het onderzoek is uitgevoerd, zijn alle materialen onderworpen aan een pretest. Dit houdt in dat de twee diagnosecases, acht marketingcommunicatieteksten en de vragenlijst eerst door een kleine groep deelnemers getest zijn. Alle materialen zijn door zes deelnemers getest. De methode die hierbij is gebruikt is de plus-minus methode.

De procedure van de pretest was als volgt: de deelnemers kregen eerst een korte mondelinge instructie. Hierin werd uitgelegd wat het doel van het vooronderzoek was. Daarna kregen de deelnemers een aantal onderzoeksmaterialen voorgelegd waarbij zij plusjes en minnetjes mochten plaatsen bij alle onderdelen (woorden, zinnen, items, etc.) die zij goed of minder goed vonden. Het aantal plusjes en minnetjes dat geplaatst mocht worden was ongelimiteerd. Na afloop werd de tekst met de deelnemer tijdens een vraaggesprek besproken en werd dieper ingegaan op de reden achter de geplaatste plusjes en minnetjes. De deelnemers konden in dat vraaggesprek uitleggen waarom zij bepaalde woorden, zinnen en/of items goed of niet goed vonden en hoe deze zaken beter zouden kunnen.

Bij de marketingcommunicatieteksten werd tijdens dit vraaggesprek nog extra gevraagd naar de beoordeelde begrijpelijkheid en levendigheid van de teksten en werd gekeken of de deelnemers de teksten wel als even begrijpelijk en even levendig beoordeelden. Deelnemers moesten aangeven in welke teksten zij levendiger of begrijpelijker vonden in vergelijking met de andere teksten. Wanneer de deelnemers verschillen aanwezen konden zij ook aangeven waarom zij vonden dat de teksten onderling verschilden van elkaar. Tevens werd gevraagd wat er gedaan kon worden om de teksten even levendig en begrijpelijk te krijgen.

Resultaten pretest

Over het algemeen werden de diagnosecases, marketingcommunicatieteksten en de vragenlijst goed beoordeeld. De deelnemers vonden de onderzoeksmaterialen, op een paar punten na, zeer helder, duidelijk en goed geformuleerd. De verbeteringspunten zaten voornamelijk in de woordkeuze voor bepaalde begrippen en de opbouw van bepaalde zinsconstructies. Deze zijn na afloop van het vooronderzoek aangepast.

De levendigheid en begrijpelijkheid van de marketingcommunicatieteksten, waar in het vraaggesprek nog specifiek naar gevraagd werd, werden door alle deelnemers op de meeste punten als gelijk beoordeeld. Op een paar punten waren de statistische teksten wat te zakelijk en saai. Deze punten zijn aangepast.

4. Resultaten

In totaal hebben 287 respondenten deelgenomen aan het onderzoek. Na het verwijderen van onbruikbare vragenlijsten die niet volledig waren ingevuld, bleven er nog 216 bruikbare exemplaren over. Per conditie waren er 27 respondenten. De oorzaak van de niet compleet ingevulde vragenlijsten lag voornamelijk in de lengte van de teksten. In totaal zijn 33 mensen afgehaakt na het zien van de teksten. Daarnaast waren er ook enkele respondenten die niet mee mochten doen omdat zij nog geen 21 jaar of ouder waren ($n=14$) of ervaring hadden met knie- of nieraandoeningen ($n=15$). De overige 9 respondenten zijn elders in het onderzoek afgehaakt.

4.1 Demografische variabelen

In totaal zijn de resultaten van 115 mannen en 101 vrouwen geanalyseerd. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen de 21 en 71 jaar met een gemiddelde leeftijd van 38,66 jaar ($SD=14,10$). Tabel 3 geeft de verdeling van de variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring per conditie weer.

Om te achterhalen of de aantallen van de demografische variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring significant gelijk verdeeld zijn over de acht condities zijn Chi-square testen uitgevoerd. Het resultaat van één van deze toetsen toonde aan dat er geen significante verschillen zijn tussen de aantallen per conditie op de variabele geslacht ($p=.548$). Bij de variabelen leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring was een groot deel van de scores lager dan 5, waardoor de resultaten van de Chi-square toets niet bruikbaar waren. In tabel 3 is daarentegen wel te zien dat de aantallen van deze variabelen redelijk gelijk verspreid zijn over de acht condities.

Tabel 3*Verdeling demografische variabelen in aantallen*

	Conditie							
	Statische evidentie				Anekdotische evidentie			
	Medische kwaliteit		Patiënt-gerichtheid		Medische kwaliteit		Patiënt-gerichtheid	
	Effectief	Chronisch	Effectief	Chronisch	Effectief	Chronisch	Effectief	Chronisch
Geslacht								
Man	11	16	13	17	17	16	13	12
Vrouw	16	11	14	10	10	11	14	15
Leeftijd								
21-35 jaar	13	16	11	13	10	10	12	13
36-50 jaar	6	8	8	10	8	7	9	7
51-65 jaar	6	3	6	4	8	10	6	7
66-80 jaar	2	0	2	0	1	0	0	5
Gemiddelde leeftijd	38,96	34,59	39,62	36,33	41,74	41,26	38,11	38,63
Opleidingsniveau								
Middelbare school of lager	1	1	0	3	3	2	2	2
MBO	9	14	15	10	16	17	13	11
HBO	10	7	7	10	6	6	5	8
WO of hoger	7	5	5	4	2	2	7	6
Ziekenhuiservaring								
Niet	21	18	13	20	12	13	20	17
1 tot 2 keer	5	8	10	6	11	11	6	7
3 tot 6 keer	1	0	4	1	2	3	1	3
7 tot 10 keer	0	1	0	0	2	0	0	0

4.2 Levendigheid en begrijpelijkheid teksten

Een belangrijke voorwaarde bij het toetsen van evidentietypen is dat alle teksten even levendig en begrijpelijk worden geacht door de lezers (Baesler en Burgoon, 1994). Wanneer dit niet zo is kan dit invloed hebben op de overtuigingskracht van de teksten.

Hoewel de teksten in de pretest al op hun levendigheid en begrijpelijkheid beoordeeld zijn, is ook in de vragenlijst van het hoofdonderzoek aandacht besteed aan deze aspecten. Dit is gedaan om te controleren of de gepercipieerde levendigheid en begrijpelijkheid ook in het hoofdonderzoek als gelijk werd beschouwd.

Als eerste is een two-way ANOVA toets uitgevoerd om de levendigheid van de acht condities te controleren. Hierbij zijn de gemiddelden van type inhoud, type aandoening en evidentietype vergeleken. Er is een significant hoofdeffect gevonden voor evidentietype [$F(1, 208)=33,31$, $p<.001$]. De grootte van het effect, dat berekend is door middel van partial eta squared, is 0,14. Dit geldt volgens Cohen's voorwaarden als een groot significant verschil (Cohen, 1998; in Pallant, 2005). De resultaten laten zien dat statistische teksten ($M=4,54$, $SD=1,16$) significant minder levendig worden beoordeeld dan anekdotische teksten ($M=5,40$, $SD=1,03$). Hoewel de statistische teksten significant minder levendig worden beoordeeld dan de anekdotische teksten zijn de gemiddelde levendigheidsscores bij de statistische teksten wel aan de positieve kant ($>M=4,54$). De statistische teksten zijn dus ook als levendig beoordeeld.

Om de begrijpelijkheid van de acht teksten te controleren is ook een two-way ANOVA toets uitgevoerd. Hierbij zijn de gemiddelden van type inhoud, type aandoening, evidentietype en opleidingsniveau vergeleken. De variabele opleidingsniveau is toegevoegd omdat verwacht wordt dat deze factor invloed kan hebben op de mate waarin respondenten een tekst begrijpen.

Er is een significant hoofdeffect gevonden voor evidentietype [$F(1, 208)=7,00$, $p=.009$]. De grootte van het effect, dat berekend is door middel van partial eta squared, is 0,04. Dit geldt als een klein significant effect. De resultaten van de ANOVA toets laten zien dat statistische teksten ($M=5,30$, $SD=1,03$) significant minder begrijpelijk worden beoordeeld dan anekdotische teksten ($M=5,99$, $SD=0,74$). Naast het hoofdeffect op evidentietype is er ook een hoofdeffect gevonden op opleidingsniveau [$F(3, 208)=3,37$, $p=.020$]. Respondenten met een middelbare school opleidingsniveau of lager vonden de teksten significant begrijpelijker dan respondenten met een HBO opleidingsniveau. Dit verschil had een partial eta squared van 0,05, wat volgens Cohen's voorwaarden geldt als een gemiddeld significant verschil. De gemiddelden en standaarddeviaties per opleidingsniveau zijn zichtbaar in tabel 4.

Tabel 4

Hoofdeffect 'opleidingsniveau' op begrijpelijkheid tekst (gemiddelden en standaarddeviaties)

Opleidingsniveau	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Middelbare school of lager	6,21	0,43
MBO	5,75	0,91
HBO	5,39	1,10
WO of hoger	5,63	0,96

Naast hoofdeffecten voor evidentietype en opleidingsniveau zijn er geen andere hoofd- en/of interactie-effecten gevonden voor de begrijpelijkheid van de tekst. Hoewel de statistische teksten significant minder begrijpelijk worden beoordeeld dan de anekdotische teksten zijn de gemiddelde scores van de statistische teksten wel aan de positieve kant ($>M=5,30$). Dit geldt ook voor de invloed van de factor opleidingsniveau, ondanks dat HBO'ers de teksten significant minder begrijpelijk achten liggen ook bij deze groep de gemiddelde scores aan de positieve kant ($>M=5,39$). Om deze redenen zijn de teksten wel als begrijpelijk te beoordelen.

4.3 Houding ten opzichte van de tekst

De gemiddelde houding van de respondenten ten opzichte van de teksten is redelijk positief ($M=5,05$, $SD=0,95$), met een minimumscore van 1 punt en een maximumscore van 7 punten op een 7 puntschaal. Een two-way ANOVA toets is uitgevoerd om het afzonderlijke effect van type aandoening, type inhoud en evidentietype op de houding ten opzichte van de tekst te meten. Er is hierbij een hoofdeffect gevonden voor evidentietype [$F(1, 206)=28,99$, $p<.001$]. De resultaten van de toets laten zien dat de houding ten opzichte van de tekst bij teksten met anekdotische evidentie ($M=5,38$, $SD=0,83$) significant positiever is dan bij teksten met statistische evidentie ($M=4,72$, $SD=0,95$). Het hoofdeffect is met een partial eta squared van 0,12 redelijk groot. Naast een hoofdeffect voor evidentietype zijn er geen andere hoofd- en/of interactie-effecten gevonden voor de houding ten opzichte van de tekst. Een overzicht van alle gemiddelde en standaarddeviaties op de drie afhankelijke variabelen is te vinden in tabel 5.

Tabel 5

Houding ten opzichte van de tekst (gemiddelden en standaarddeviaties)

	Medische kwaliteit	Patiëntgerichtheid	Totaal
Statisch			
Electief	4,80 (1,22)	4,73 (1,08)	
Chronisch	4,67 (0,77)	4,67 (0,69)	
Totaal	4,74 (1,01)	4,70 (0,89)	4,72 (0,95)
Anekdotisch			
Electief	5,23 (0,63)	5,21 (0,96)	
Chronisch	5,46 (0,70)	5,62 (0,96)	
Totaal	5,35 (0,67)	5,42 (0,97)	5,38 (0,83)
Totaal	5,04 (0,91)	5,06 (1,00)	5,05 (0,95)

4.4 Houding ten opzichte van het ziekenhuis

De gemiddelde houding ten opzichte van het Oostland ziekenhuis is overwegend positief ($M=5,28$, $SD=0,80$) met een minimumscore van 2 punten en een maximumscore van 7 punten op een 7 puntschaal. Een two-way ANOVA toets is uitgevoerd om de invloed van het type aandoening, type inhoud en evidentietype op de gemiddelde houding ten opzichte van het ziekenhuis te toetsen. Hierbij is een hoofdeffect gevonden voor evidentietype gevonden [$F(1, 205)=18,21$, $p<.001$]. De resultaten van de toets laten zien dat teksten met anekdotische evidentie ($M=5,50$, $SD=0,79$) significant positiever scoren dan teksten met statistische evidentie ($M=5,05$, $SD=0,75$). De grootte van het effect ligt met een partial eta squared van 0,08 iets boven gemiddeld. Naast een hoofdeffect voor evidentietype zijn er geen andere hoofd- en/of interactie-effecten gevonden voor de houding ten opzichte van het Oostland ziekenhuis. Tabel 6 geeft een overzicht van alle gemiddelden en standaarddeviaties op de drie afhankelijke variabelen.

Tabel 6*Houding ten opzichte van het ziekenhuis (gemiddelden en standaarddeviaties)*

	Medische kwaliteit	Patiëntgerichtheid	Totaal
Statisch			
Electief	5,05 (1,06)	5,05 (0,69)	
Chronisch	5,08 (0,61)	5,02 (0,59)	
Totaal	5,07 (0,85)	5,03 (0,64)	5,05 (0,75)
Anekdotisch			
Electief	5,38 (0,61)	5,55 (0,84)	
Chronisch	5,49 (0,68)	5,61 (1,00)	
Totaal	5,43 (0,64)	5,58 (0,91)	5,50 (0,79)
Totaal	5,25 (0,77)	5,30 (0,83)	5,28 (0,80)

4.5 Keuze-intentie

De keuze-intentie van de respondenten met betrekking tot het Oostland ziekenhuis is redelijk positief ($M=4,64$, $SD=0,82$) met een minimumscore van 2 punten en een maximumscore van 7 punten op een 7 puntschaal. Een two-way ANOVA toets is uitgevoerd om de invloed van type aandoening, type inhoud en evidentietype op de gemiddelde keuze-intentie van respondenten met betrekking tot het Oostland ziekenhuis te meten. Ook bij deze afhankelijke variabele is een hoofdeffect gevonden voor evidentietype [$F(1, 208)=18,96$, $p<.001$]. De resultaten van de toets laten zien dat teksten met anekdotische evidentie ($M=4,87$, $SD=0,69$) significant positiever scoren dan teksten met statistische evidentie ($M=4,40$, $SD=0,87$). De grootte van het effect ligt iets boven gemiddeld (partial eta squared=0,08). Naast een hoofdeffect voor evidentietype zijn er geen andere hoofd- en/of interactie-effecten gevonden voor de houding ten opzichte van het Oostland ziekenhuis. Tabel 7 geeft een overzicht van alle gemiddelden en standaarddeviaties.

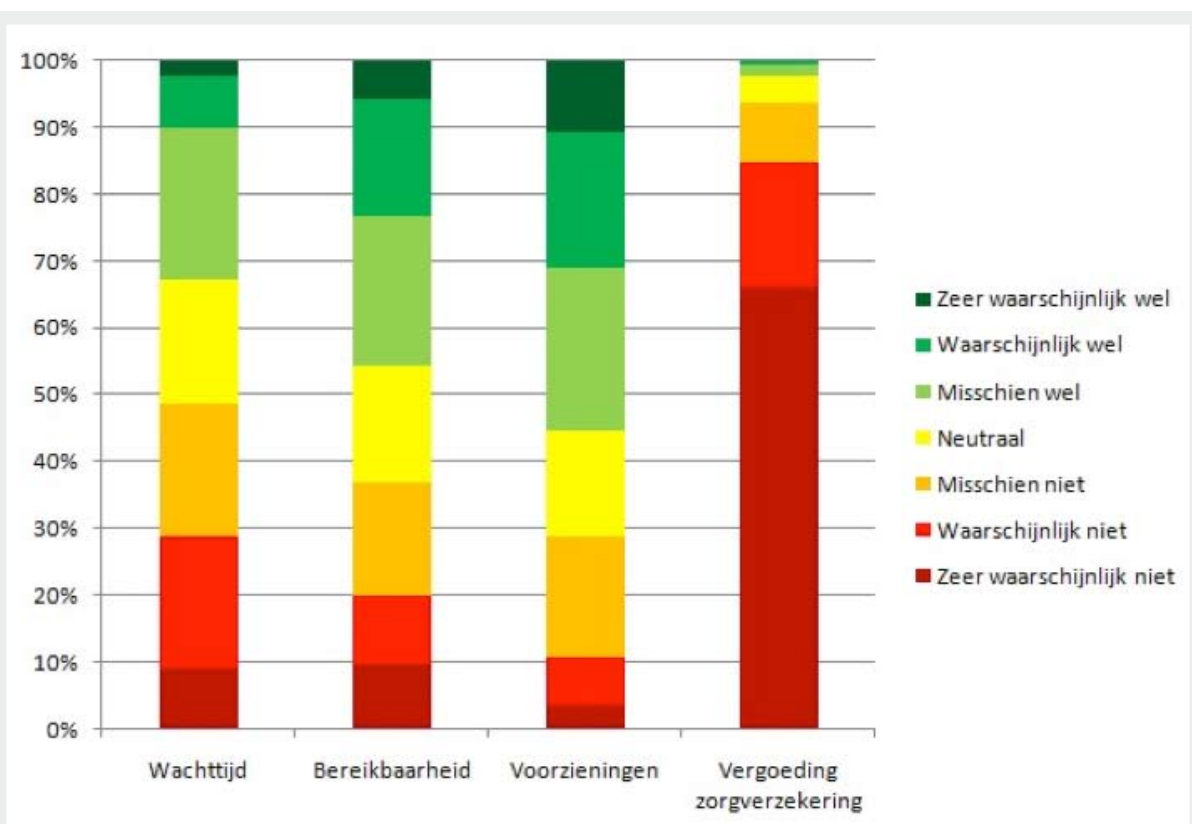
Tabel 7*Keuze-intentie (gemiddelden en standaarddeviaties)*

	Medische kwaliteit	Patiëntgerichtheid	Totaal
Statisch			
Electief	4,72 (0,94)	4,32 (0,96)	
Chronisch	4,42 (0,70)	4,16 (0,79)	
Totaal	4,57 (0,84)	4,24 (0,87)	4,40 (0,87)
Anekdotisch			
Electief	4,77 (0,52)	4,91 (0,82)	
Chronisch	4,90 (0,67)	4,89 (0,75)	
Totaal	4,83 (0,60)	4,90 (0,78)	4,87 (0,69)
Totaal	4,70 (0,74)	4,57 (0,89)	4,64 (0,82)

4.6 Keuzefactoren

In het onderzoek is ook gekeken naar de mate waarin de respondenten de niet getoetste keuzefactoren wachttijd, bereikbaarheid, voorzieningen en vergoeding van zorgverzekering belangrijk vinden. De vragen over deze overige keuzefactoren konden alleen ingevuld worden door respondenten die wel of misschien voor het Oostland ziekenhuis zouden kiezen ($n=177$). Respondenten die niet voor het Oostland ziekenhuis zouden kiezen of dit niet wisten werden doorverwezen naar de vragen over het keuzeproces ($n=39$).

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de vergoeding van de zorgverzekering de belangrijkste factor is in de keuze voor een ziekenhuis ($M=1,58$, $SD=0,99$). Wanneer de behandeling niet vergoed wordt, geeft 93,7% van de respondenten aan dat zij misschien niet tot zeer waarschijnlijk niet naar het Oostland ziekenhuis gaan. Een andere belangrijke factor is de wachttijd ($M=3,59$, $SD=1,55$). Wanneer de wachttijd bij het Oostland ziekenhuis een maand langer zou zijn dan bij het eigen ziekenhuis, zou 48,6% van de respondenten misschien niet tot zeer waarschijnlijk niet voor het Oostland kiezen. Vervolgens is de bereikbaarheid van het ziekenhuis de belangrijkste factor ($M=4,08$, $SD=1,70$). Wanneer het Oostland ziekenhuis meer dan een uur rijden is (en het eigen ziekenhuis maar een half uur), kiest 36,7% van de respondenten misschien niet tot zeer waarschijnlijk niet voor het Oostland ziekenhuis. De factor met het laagste belang is de factor voorzieningen van het ziekenhuis ($M=4,54$, $SD=1,59$). Wanneer de voorzieningen in het Oostland ziekenhuis minder mooi, modern en luxe zijn dan in het eigen ziekenhuis kiest slechts 28,8% misschien niet tot zeer waarschijnlijk niet voor het Oostland ziekenhuis. Grafiek 1 geeft een schematisch overzicht van de verdeling van de antwoorden.



Grafiek 1: Keuzebereidheid bij negatieve wachtijd, bereikbaarheid, voorzieningen of vergoeding zorgverzekering

In de literatuur wordt gesuggereerd dat het belang van specifieke keuzefactoren onder andere afhankelijk is van het type aandoening van de patiënt (Groenewoud, 2008; NVZ 2011, TNS NIPO, 2003). Zo zouden bijvoorbeeld patiënten met ernstige aandoeningen meer bereid zijn verder te reizen dan patiënten met minder ernstige aandoeningen (NVZ, 2011). Om die reden is een one-way ANOVA toets uitgevoerd waarbij gekeken is of er verschillen zijn in het gemiddelde belang van de vier keuzefactoren per type patiënt. De resultaten van deze toetsen laten zien dat de gemiddelde scores alleen significant verschillen bij de keuzefactor voorzieningen [$F(1,175)=9,80$, $p=.002$]. Hierbij is sprake van een middelgroot effect ($\eta^2=0,05$). De resultaten laten zien dat electieve patiënten ($M=4,18$, $SD=1,50$) beduidend minder snel voor het Oostland ziekenhuis kiezen wanneer de voorzieningen daar minder mooi, modern en luxe zijn dan chronische patiënten ($M=4,91$, $SD=1,59$). Bij de overige keuzefactoren zijn geen significante verschillen tussen electieve en chronische patiënten. Tabel 8 geeft een overzicht van alle gemiddelden en standaarddeviaties.

Tabel 8*Belang keuzefactoren (gemiddelden en standaarddeviaties)*

Keuzefactor	Electieve patiënt		Chronische patiënt	
	M	SD	M	SD
Vergoeding zorgverzekering	1,55	0,98	1,61	1,01
Wachttijd	3,49	1,59	3,68	1,51
Bereikbaarheid	4,15	1,79	4,02	1,61
Voorzieningen	4,18	1,50	4,91	1,59

Het significante verschil tussen chronische en electieve patiënten op de factor voorzieningen is opvallend. Electieve patiënten vinden voorzieningen significant belangrijker dan chronische patiënten dat vinden, terwijl chronische patiënten juist voor een veel langere periode van de voorzieningen gebruik moeten maken. Om te kijken of bepaalde demografische factoren hier invloed op gehad hebben is een two-way ANOVA uitgevoerd. De resultaten tonen aan dat de demografische variabele opleidingsniveau een significant hoofdeffect heeft op de factor voorzieningen [$F(3,131)=3,20$, $p=.026$]. Respondenten met een WO of hoger opleidingsniveau vinden voorzieningen significant belangrijker dan respondenten met een HBO, MBO of middelbare school of lagere opleiding. Daarnaast vinden respondenten met een HBO opleidingsniveau voorzieningen significant belangrijker dan respondenten met een MBO opleidingsniveau. Hierbij is sprake van een middelgroot effect (partial eta squared=0,07). Tabel 9 geeft de gemiddelden en standaarddeviaties per opleidingsniveau weer.

Tabel 9*Hoofdeffect 'opleidingsniveau' op keuzefactor voorzieningen (gemiddelden en standaarddeviaties)*

Opleidingsniveau	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Middelbare school of lager	5,00	1,71
MBO	5,15	1,32
HBO	4,27	1,62
WO of hoger	3,38	1,35

De resultaten toonden geen interactie-effect tussen type aandoening en opleidingsniveau aan. Dit interactie-effect was ook bij de overige demografische variabelen niet aanwezig. Het onverwachte verschil tussen electieve en chronische patiënten op de factor voorzieningen kan dus niet met behulp van de demografische variabelen verklaard worden.

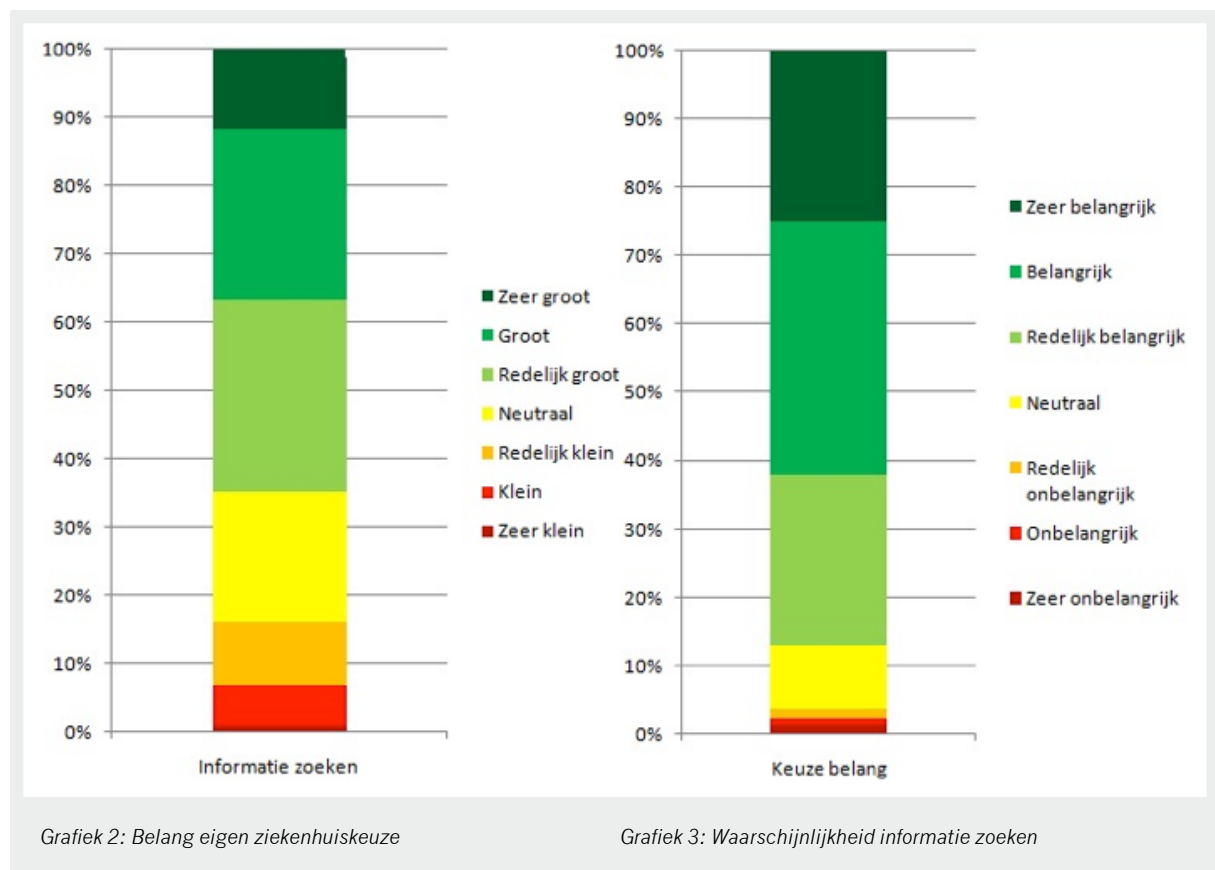
4.7 Keuzeproces

In het onderzoek is ook gekeken naar het keuzeproces van de respondenten. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar de mate waarin de respondent zelf wil kiezen voor een ziekenhuis, de mate waarin zij op zoek gaat naar informatie over medische kwaliteit en patiëntgerichtheid, de informatiebronnen die zij raadpleegt bij de keuze

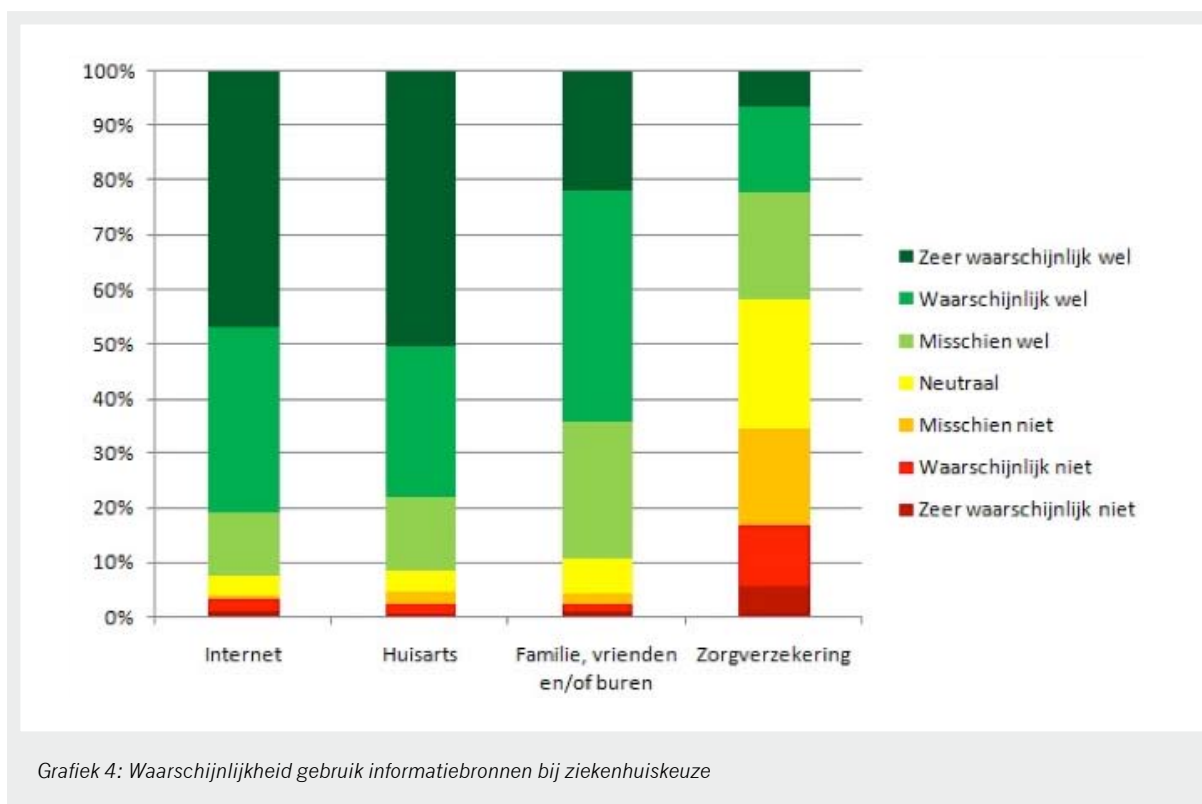
voor een ziekenhuis en de houding die de respondent heeft ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen.

Wanneer gekeken wordt naar de mate waarin respondenten zelf willen kiezen voor een ziekenhuis, wordt zichtbaar dat 87% van de respondenten dit redelijk tot zeer belangrijk vindt. Slechts een klein deel van de respondenten vindt dit (zeer) onbelangrijk (2,3%). Hierbij is de gemiddelde score vrij positief ($M=5,67$, $SD=1,78$). Een grafisch overzicht van de verdeling van de antwoorden is te vinden in grafiek 2.

De mate waarin respondenten verwachten dat zij zelf op zoek gaan naar informatie over medische kwaliteit en patiëntgerichtheid wanneer zij naar het ziekenhuis moeten ligt een stukje lager dan het keuze belang ($M=4,89$, $SD=1,40$). In totaal acht 64,8% van de respondenten de kans redelijk tot zeer groot dat zij zelf op zoek gaan naar deze informatie. Hierbij acht 6,9% deze kans (zeer) klein. Een grafisch overzicht van de verdeling van de antwoorden is te vinden in grafiek 3.



De resultaten laten zien dat het internet ($M=6,13$, $SD=1,18$) en de huisarts ($M=6,13$, $SD=1,17$) de meest gebruikte informatiebronnen zijn bij de keuze voor een ziekenhuis. Respectievelijk 81,1% en 78,3% van de respondenten raadpleegt misschien tot zeer waarschijnlijk het internet of de huisarts. De informatiebronnen familie, vrienden en/of burens ($M=5,68$, $SD=1,12$) en de zorgverzekeraar ($M=4,14$, $SD=1,59$) worden minder vaak geraadpleegd. Grafiek 4 geeft een overzicht van de waarschijnlijkheid waarmee een informatiebron gebruikt wordt.



Als laatste is de houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen gemeten. Deze houding is over het algemeen vrij positief ($M=4,85$, $SD=0,85$) met een minimum van 3 punten en een maximum van 7 punten op een 7 puntschaal.

Om te kijken of er een relatie is tussen de houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen en de houding ten opzichte van de tekst is de Pearson correlatie coëfficiënt getoetst. De resultaten van deze test laten zien dat er een middelgrote, positieve relatie tussen de twee variabelen is [$r=0,372$, $n=213$, $p<.001$]. Iemands houding ten opzichte van de tekst wordt in dit geval voor 13,84% verklaard door iemands houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen. Dit geldt als een middelgrote relatie.

Een two-way ANOVA toets is uitgevoerd om de invloed van de demografische factoren geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring op de houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen te meten. Er zijn geen significante hoofd- en interactie-effecten gevonden voor de vier onafhankelijke variabelen. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ziekenhuiservaring hebben bij deze steekproef dus geen significante invloed op de houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen.

5. Conclusie en discussie

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek besproken en bediscussieerd. Daarnaast worden de beperkingen van dit onderzoek besproken, suggesties voor verder onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk gegeven.

5.1 Belangrijkste bevindingen

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat teksten met anekdotische evidentie een significant positiever effect hebben op de houding ten opzichte van de tekst, de houding ten opzichte van het ziekenhuis en de keuze-intentie van patiënten dan teksten met statistische evidentie. Het effectverschil tussen anekdotische en statistische evidentie kan daarbij wel voor een deel worden toegeschreven aan de afwijkende levendigheid en begrijpelijkheid van de teksten. Hoewel alle teksten in de pretest als even levendig en begrijpelijk werden beoordeeld, bleek dit in het hoofdonderzoek niet het geval te zijn. Volgens verschillende onderzoekers (Baesler en Burgoon, 1994; Hoeken en van Wijk, 1997; Hoeken en Hustinx, 2009) heeft dit verschil in levendigheid en begrijpelijkheid invloed op de beoordeling van de tekst, waarbij minder levendige en minder begrijpelijke teksten negatiever worden beoordeeld dan meer levendige en meer begrijpelijke teksten.

In dit onderzoek bleken statistische teksten significant minder levendig dan anekdotische teksten. Dit is bij meer onderzoeken naar deze twee evidentietypen het geval (Baesler en Burgoon, 1994) en daardoor niet opmerkelijk. Er zijn slechts enkele onderzoeken waarbij het gelukt is om de levendigheid bij zowel statistische als anekdotische teksten gelijk te houden. Dit zijn onderzoeken als die van Baesler en Burgoon (1994) en Hoeken en van Wijk (1997). Nadere analyse van deze onderzoeken wijst uit dat de teksten die in deze onderzoeken gebruikt zijn vaak uit slechts een paar regels bestaan. Dit is een groot verschil met de gebruikte evidentieteksten in dit onderzoek, welke uit ongeveer 250 woorden bestonden. De levendigheidsscores van de teksten uit de onderzoeken van Baesler en Burgoon (1994) en Hoeken en van Wijk (1997) zijn niet bekend, maar het is niet ondenkbaar dat dergelijke korte teksten niet genoeg prikkels kunnen geven en ook niet genoeg ruimte kunnen bieden om als levendig beoordeeld te kunnen worden. De levendigheid is dan bij zowel statistische als anekdotische teksten gelijk, omdat deze eigenlijk bij beide grotendeels ontbreekt.

Het feit dat slechts enkele onderzoekers erin geslaagd zijn om de levendigheid bij statistische en anekdotische teksten gelijk te houden laat zien dat het gelijk houden van de levendigheid een lastige zaak is. Hierbij is het niet ondenkbaar dat levendigheid misschien wel een belangrijk kenmerk is van anekdotische evidentie. Anekdotische evidentie speelt, met name bij het gebruik van een analoog argument, in veel gevallen in op de identificatie van de lezer met het specifieke geval dat omschreven wordt in de evidentie. Waar statistische evidentie statistieken gebruikt om lezers te overtuigen, doet anekdotische evidentie dit door in te spelen op inleving en gevoel. Hierdoor is niet geheel onlogisch dat anekdotische teksten meer 'leven' voor de lezers dan teksten waarin iets bewezen wordt aan de hand van statistieken.

Wanneer gekeken wordt naar de begrijpelijkheid van de teksten bleek dat statistische teksten significant minder begrijpelijk werden beoordeeld dan anekdotische teksten. Daarnaast bleek ook dat er een hoofdeffect voor de variabele opleidingsniveau was, waarbij respondenten met een HBO opleiding de teksten significant minder begrijpelijk vonden dan respondenten met een middelbare school of lagere opleiding. Het verschil in begrijpelijkheid tussen statistische en anekdotische teksten kan verklaard worden door het feit dat de statistische tek-

sten door het gebruik van cijfers, percentages en vergelijkingen qua verwerking meer vaardigheden vergen dan anekdotische teksten. Het verschil in de gepercipieerde begrijpelijkheid van de teksten tussen respondenten met een middelbare school of lager opleidingsniveau en respondenten met een HBO opleidingsniveau is opvallend en lastiger te verklaren. Logischerwijs zou verwacht worden dat respondenten met een hoger opleidingsniveau de teksten beter begrijpen dan respondenten met een lager opleidingsniveau, omdat zij over het algemeen over meer cognitieve vaardigheden beschikken dan mensen met een lager opleidingsniveau. In dit onderzoek geldt het omgekeerde. Mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat het verschil in cognitieve vaardigheden tussen hoger en lager opgeleiden ervoor zorgt dat hoger opgeleiden de begrijpelijkheid van de tekst kritischer beoordelen dan lager opgeleiden.

Ondanks de significante verschillen in levendigheid en begrijpelijkheid zijn de gemiddelde levendigheid- en begrijpelijkheidscores van zowel anekdotische als statistische teksten positief. De statistische teksten werden dus niet per definitie als onlevendig of onbegrijpelijk beoordeeld. Daar komt bij dat afgevraagd kan worden of levendigheid niet een belangrijk kenmerk is van anekdotische evidentie. Statistische evidentie beschikt namelijk ook over kenmerken waar anekdotische evidentie niet over beschikt. Zo suggereert Reinard (1988; in Hoeken en Hustinx, 2009) dat statistieken in de westerse cultuur gerespecteerd worden als iconen van objectiviteit. Het maakt statistische evidentie van nature geloofwaardiger dan anekdotische evidentie. Dit kenmerk ontbreekt bij anekdotische evidentie, waardoor gesteld kan worden dat wanneer statistische en anekdotische teksten even levendig moeten zijn, zij ook even geloofwaardig moeten zijn. Met deze kanttekeningen in het achterhoofd kan wellicht toch een deel van het significante verschil op houding en keuze-intentie tussen statistische en anekdotische teksten toegeschreven worden aan het evidentietype.

Er zijn geen significante effecten gevonden op de variabelen type aandoening en type inhoud wanneer het gaat om houding en keuze-intentie. Hypothese 1, welke een hoofdeffect voor de variabele inhoud van communicatie voorspelde is dus verworpen. Deze hypothese voorspelde dat teksten over medische kwaliteit over het algemeen positiever beoordeeld zouden worden dan teksten over patiëntgerichtheid. Op basis van de resultaten van het onderzoek kan geen duidelijke verklaring worden gegeven voor het ontbreken van het hoofdeffect. Wat een mogelijkheid zou kunnen zijn is dat het ontbreken van een vergelijkende factor invloed heeft gehad op de beoordeling. In de genoemde onderzoeken in paragraaf 2.3.1, waarin het belang van de keuzefactoren is onderzocht, moesten respondenten veelal aangeven welke factoren zij in relatie tot andere factoren belangrijk vonden. Respondenten werden in de meeste gevallen gedwongen een keuze te maken. Ondanks dat veel respondenten in dat geval medische kwaliteit belangrijker vonden dan patiëntgerichtheid, werden beide factoren vaak erg belangrijk gevonden (Motivaction, 2005; TNS NIPO, 2003; Van Rijen, 2003). Door het ontbreken van dit vergelijkende element, is het mogelijk dat het verschil tussen de factoren medische kwaliteit en patiëntgerichtheid niet significant is. Een andere verklaring voor het ontbreken van het verwachte hoofdeffect op type inhoud kan liggen in de teksten zelf. Medische kwaliteitscores en patiëntgerichtheidscores worden door de IGZ en de CKZ op basis van tientallen indicatoren gemeten (CKZ, 2011; IGZ, 2011). Bij dit onderzoek zijn van beide zaken vier aspecten meegenomen in de teksten. Het gebruik van andere factoren zou kunnen leiden tot andere, wellicht wel significante, verschillen.

Hypothese 2 welke een interactie-effect voorspelde voor de variabelen type aandoening en type inhoud is ook verworpen. Deze hypothese voorspelde dat chronische patiënten positiever zouden reageren op teksten over patiëntgerichtheid en dat electieve patiënten positiever zouden reageren op teksten over medische kwaliteit. Op basis van de resultaten van het onderzoek kan geen duidelijke verklaring worden gegeven voor het ontbreken van de significante verschillen. Een mogelijke verklaring kan liggen in het feit dat geen echte patiënten zijn onderzocht. Hoewel mensen zich over het algemeen goed kunnen inleven in bepaalde situaties, is het mogelijk dat de

mate van inleving niet groot genoeg was om te zorgen voor een significant verschil. In de diagnosecases is door het noemen van specifieke ziektekenmerken geprobeerd de respondenten bewust te maken van factoren die voor hen belangrijk zijn. Zo is bij de chronische aandoening aangegeven dat de patiënt niet kan genezen en veel tijd in het ziekenhuis zal doorbrengen. Daarnaast is bij de electieve aandoening aangegeven dat het gaat om een eenmalige operatie waarbij het belangrijk is dat deze door een gespecialiseerde chirurg wordt uitgevoerd. Door het geven van deze specifieke stimuli werd verwacht dat de respondenten afwijkende zaken belangrijk vonden. De resultaten van het onderzoek lieten zien dat de respondenten niet op deze verschillen reageerden, waardoor ook afgevraagd kan worden of de diagnosecases indrukwekkend genoeg waren. Naast deze mogelijkheden zou de verklaring voor het ontbreken van het verwachte interactie-effect ook kunnen liggen in het ontbreken van de vergelijkende factor. Zoals bij de verklaring van het ontbreken van het verschil op hypothese 1 ook aangegeven is, worden medische kwaliteit en patiëntgerichtheid vaak allebei belangrijk gevonden. Verder onderzoek waarbij echte patiënten ondervraagd worden kan hier meer inzicht in geven.

De houding ten opzichte van de tekst kon voor een middelgroot deel verklaard worden door iemands houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen. Dit is vrij logisch, aangezien iemand met een negatieve houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen logischerwijs ook een negatieve houding zal hebben ten opzichte van de marketingcommunicatie in dit onderzoek. Het enige bekende onderzoek dat eerder deze houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen onderzocht concludeerde dat het overgrote deel van de respondenten in dat onderzoek promotie van ziekenhuizen niet acceptabel vond (Rijen, 2005). Dit onderzoek dateert nog van voor de invoering van de gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg in 2006, waardoor de grote verschillen met dit de resultaten van dit onderzoek verklaarbaar zijn. De marktwerking is op het moment van schrijven bijna zes jaar geleden ingevoerd, wat mensen de tijd heeft gegeven om te wennen aan het idee van concurrentie in de gezondheidszorg. De positievere houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen is dus niet geheel onverwacht.

Keuzefactoren

Tijdens het onderzoek zijn twee van de belangrijkste keuzefactoren onderzocht namelijk, medische kwaliteit en patiëntgerichtheid. Van de overige variabelen wachttijd, bereikbaarheid, voorzieningen en vergoeding van de zorgverzekering is alleen het relatieve belang onderzocht. Hierbij bleek dat de vergoeding van de zorgverzekering de meest belangrijke factor was. Dit komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Motivaction (2010), waarbij de vergoeding van de zorgverzekering ook de belangrijkste voorwaarde was in de keuze voor een ziekenhuis. Vervolgens bleek de wachttijd het meest belangrijk, gevolgd door de bereikbaarheid en de aanwezigheid en staat van de voorzieningen van een ziekenhuis. Het hogere belang van wachttijd komt overeen met de bevindingen van Coulter, Maistre en Henderson (2005), waaruit bleek dat een groot deel van de respondenten voor een ander ziekenhuis zou kiezen wanneer de wachttijd daar minder lang was. Het lagere belang van bereikbaarheid komt overeen met de bevindingen van de NVZ (2011) die aantonen dat patiënten steeds meer bereid zijn verder te reizen voor gezondheidszorg. Ook het lage belang van voorzieningen is niet opmerkelijk. In de meeste onderzoeken naar keuzefactoren worden de aanwezigheid en staat van voorzieningen als één van de minst belangrijke factoren beoordeeld (Leister & Strausberg, 2007; Motivaction, 2005; Smith Gooding, 2000; Van Rijen, 2003). Het feit dat electieve patiënten voorzieningen significant belangrijker vinden dan chronische patiënten is opvallend, vooral omdat electieve patiënten voor een veel kortere tijd gebruik maken van ziekenhuiszorg dan chronische patiënten. Wanneer werd getoetst of demografische variabelen hier invloed op hadden kwamen geen interactie-effecten naar voren. Op basis van de resultaten van het onderzoek kan dus geen duidelijke verklaring gegeven worden voor dit significante verschil. Een mogelijke verklaring kan zijn dat chronische patiënten andere zaken belangrijker vinden dan voorzieningen. Hierdoor blijft de score op voorzieningen bij chronische patiën-

ten achter. Een andere mogelijke verklaring kan liggen in het feit dat er geen echte patiënten ondervraagd zijn. Wanneer mensen toch echt in aanraking komen met een bepaalde aandoening weten zij waarschijnlijk beter wat belangrijk voor hen is dan op basis van een diagnosecase. Het onverwachte verschil tussen electieve en chronische patiënten kan daarom waarschijnlijk worden toegeschreven aan toeval.

Keuzeproces

Bijna alle respondenten vinden het redelijk belangrijk tot zeer belangrijk om zelf te kunnen kiezen naar welk ziekenhuis zij gaan. Een veel kleiner deel gaat ook daadwerkelijk op zoek naar de informatie die nodig is om deze keuze gefundeerd te kunnen maken. Dit laatste suggereert dat mensen wel zeggen dat ze willen kiezen, maar dit waarschijnlijk in de praktijk in minder mate zullen doen. Ze gaan immers niet op zoek naar de informatie die nodig is om deze keuze echt bewust te kunnen maken. Wanneer de vraag over het belang van het zelf kunnen kiezen voor een ziekenhuis in andere onderzoeken wordt gesteld, zoals in de onderzoeken van Rijen (2003) en TNS NIPO (2010), is dan ook een veel gehoorde kritiek dat het antwoord op deze vraag te sociaal wenselijk is (Grit, Van den Bovenkamp en Bal, 2008). Met andere woorden, mensen zullen altijd aangeven dat zij willen kiezen wanneer hen dat gevraagd wordt. Onderzoekers twifelen aan de mate waarin mensen dit in de praktijk echt zullen gaan doen. Dit komt overeen met de bevindingen in dit onderzoek waarbij aangetoond wordt dat mensen zeggen dat ze willen kiezen, maar niet altijd op zoek gaan naar de informatie die hierbij nodig is.

Toch hoeft de mindere mate waarin mensen zelf op zoek gaan naar informatie niet te betekenen dat zij ook niet echt zelf zullen kiezen voor een ziekenhuis. Het kan zijn dat mensen alleen niet verwachten dat zij op basis van kwaliteitsinformatie een keuze zullen maken. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat zaken als eigen eerdere ervaringen met een ziekenhuis, ervaringen van anderen, het advies van de huisarts of de algemene reputatie van het ziekenhuis ook veel invloed hebben op de keuze voor een ziekenhuis (Javalgi, Rao en Thomas, 1991; Leister & Strausberg, 2007; Schwartz, Woloshin en Birkmeyer, 2005; Vonberg, Sander en Gastmeier, 2008). Daar komt bij dat de meeste deelnemers aan dit onderzoek nauwelijks tot geen ziekenhuiservaring hebben. Hierdoor is het aannemelijk dat zij niet erg bekend zijn met kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen en er daardoor niet direct aan denken wanneer zij een ziekenhuiskeuze moeten maken. Waarschijnlijk zullen zij zich pas verdiepen in (kwaliteits)verschillen tussen ziekenhuizen wanneer zijzelf of iemand in hun naaste omgeving voor een operatie of behandeling naar het ziekenhuis moet.

De resultaten van het onderzoek lieten geen significante verschillen zien tussen respondenten met veel of weinig ziekenhuiservaring wat betreft het keuze belang en de mate waarin mensen zelf op zoek gaan naar informatie. Er waren dan ook maar weinig respondenten met veel ziekenhuiservaring. Nader onderzoek waarbij meer mensen met veel ziekenhuiservaring worden ondervraagd kan meer inzicht geven in de invloed van ziekenhuiservaring op het keuze belang en de mate waarin zelf naar kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen wordt gezocht.

Ondanks deze kanttekeningen wordt met het oog op de toekomst wel verwacht dat mensen steeds meer een weloverwogen ziekenhuiskeuze zullen maken (Grit, van den Bovenkamp en Bal, 2008). Veel mensen die nu gebruik maken van zorg, voornamelijk ouderen, zijn nog niet gewend aan het idee dat er iets te kiezen valt in de gezondheidszorg. Daarbij worden patiënten vaak ook niet gewezen op de mogelijkheid om te kiezen, iets wat bijvoorbeeld in Groot Brittannië verplicht is. Hier staat tegenover dat nieuwe generaties door de groeiende informatiecultuur veel kritischer zijn dan vorige generaties en veelal opgegroeid met meer keuzevrijheid. Deze ontwikkelingen wijzen sterk op een groeiend belang van het zelf kunnen kiezen van een ziekenhuis. Ziekenhuizen zouden er daarom goed aan doen in te spelen op deze ontwikkeling door het verstrekken van keuze-informatie en het promoten van hun diensten.

Wanneer we dieper ingaan op het keuzeproces van de respondenten zien we dat het internet en de huisarts de meest belangrijke bronnen van informatie zijn bij het maken van een ziekenhuiskeuze. Het groeiende belang

van internet als informatiebron, dat ook in andere onderzoeken naar voren kwam (Capgemini, 2005: TNS NIPO 2010), wordt hiermee bevestigd. Ziekenhuizen zouden er daarom goed aan doen het internet te gebruiken voor het verstrekken van deze keuze-informatie en het promoten van hun diensten.

Bij dit onderzoek is een tekst op een ziekenhuiswebsite getest. Er is voor de website van een ziekenhuis gekozen omdat deze website een steeds belangrijkere rol inneemt in de communicatie met patiënten (Capgemini, 2005). De resultaten van dit onderzoek gelden in principe specifiek voor de website van een ziekenhuis. Toch is het niet ondenkbaar dat de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden naar andere communicatiemiddelen van een ziekenhuis zoals folders, brochures en advertenties. Bij het testen van de teksten is de lay-out zo simpel mogelijk gehouden om invloeden daarvan uit te sluiten. Hierdoor was het feit dat de teksten op een website stonden niet direct zichtbaar en speelde het daadwerkelijk communicatie middel, namelijk de website, maar een kleine rol in het onderzoek. Teksten als in dit onderzoek zouden ook in folders, brochures en advertenties kunnen staan, waardoor de resultaten van dit onderzoek zeer waarschijnlijk ook naar andere communicatiemiddelen gegeneraliseerd kunnen worden.

5.2 Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

Beperkingen van dit onderzoek liggen, zoals ook in paragraaf 5.1 genoemd is, voornamelijk in het feit dat er geen echte patiënten ondervraagd zijn. Hoewel mensen vaak goed in staat zijn zich in bepaalde situaties in te leven, is een meting met echte patiënten waarschijnlijk meer accuraat. Bij dit onderzoek is bewust gekozen om zorgconsumenten zonder directe zorgbehoefte te ondervragen, omdat het ideale onderzoeksmoment bij echte patiënten zeer kort is en daarnaast ook niet ethisch verantwoord. Patiënten zouden immers direct na de diagnosestelling ondervraagd moeten worden, waarbij het aannemelijk is dat zij daar op dat moment geen behoefte aan hebben. In de toekomst kan gekeken worden of dit wel haalbaar is.

Daarnaast is het mogelijk dat door de experimentele setting van het onderzoek de resultaten in de praktijk anders zijn. In dit onderzoek is namelijk een fictief ziekenhuis gebruikt. In de praktijk zal iemands kennis over en ervaring met een ziekenhuis invloed hebben op de beoordeling van de marketingcommunicatie van dat ziekenhuis, de houding ten opzichte van het ziekenhuis en iemands keuze-intentie. Dit onderzoek richt zich dan ook specifiek op de mogelijke verschillen tussen twee patiëntgroepen, twee onderwerpen en twee evidentietypen. Door dit onderzoek voor bestaande ziekenhuizen uit te voeren kan gekeken worden wat de invloed is van iemands voorkennis over een ziekenhuis en ervaring met een ziekenhuis op het effect van marketingcommunicatie van een ziekenhuis.

De laatste beperkingen van dit onderzoek liggen in de beperkte tijd en het beperkte budget dat voor dit onderzoek beschikbaar was. Hierdoor kon namelijk geen aselecte steekproef getrokken worden en zijn op basis van een gemakssteekproef respondenten in de omgeving van de onderzoeker en het opdrachtgevende bedrijf Team Nijhuis ondervraagd. Hierdoor komt hoogstwaarschijnlijk een groot deel van de respondenten uit oost Nederland. Dit zou invloed kunnen hebben op de resultaten van het onderzoek, aangezien er in het oosten van Nederland minder ziekenhuizen zijn dan in het westen van Nederland. De mogelijkheid bestaat namelijk dat mensen uit het westen van Nederland hierdoor meer gewend zijn aan het kiezen voor een ziekenhuis dan mensen uit oosten. Als laatste zou de externe validiteit van dit onderzoek beter gewaarborgd kunnen worden door meer respondenten te ondervragen. Dit was door de kleinschalige aard van dit onderzoek niet mogelijk.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

De aanbevelingen die op basis van dit onderzoek gedaan kunnen worden liggen voornamelijk in het evidentie-type. Anekdotische evidentie werd significant beter beoordeeld dan statistische evidentie en had daarbij ook een positiever effect op iemands houding ten opzichte van de tekst, iemands houding ten opzichte van het ziekenhuis en iemands keuze-intentie. Hierbij moet wel in het achterhoofd gehouden worden dat de afwijkende levendigheid en begrijpelijkheid invloed heeft gehad op deze significante verschillen. Toch is het niet ondenkbaar dat anekdotische evidentie inderdaad overtuigender is dan statistische evidentie. Hoeken en Hustinx (2009) quoten hierbij Stalin: 'De dood van één mens is een tragedie, de dood van miljoenen is een statistiek'. Deze uitspraak geeft goed aan dat één specifiek geval net zo indrukwekkend, zo dan niet indrukwekkender, kan zijn als meerdere gevallen. Zeker in de context van dit onderzoek, waarbij het gaat om een emotionele gebeurtenis als een behandeling of operatie in het ziekenhuis.

Een tweede belangrijke aanbeveling die op basis van dit onderzoek gedaan kan worden is dat ziekenhuizen er goed aan zouden doen om hun diensten te promoten. De verwachting is dat de wil om te kiezen bij patiënten steeds groter gaat worden en dat ook het gebruik van kwaliteitsinformatie om een dergelijke keuze te kunnen maken zal stijgen. Dit onderzoek heeft aangetoond dat internet hierbij een belangrijke informatiebron is. Daarnaast blijkt ook dat de gemiddelde houding ten opzichte van marketingcommunicatie van ziekenhuizen in het algemeen vrij positief is. De resultaten van het onderzoek hebben laten zien dat marketingcommunicatie van ziekenhuizen niet alleen wenselijk is, maar ook acceptabel en effectief.

Referenties

- Abraham, J.M., Feldman, R., Carlin, C. & Christianson, J. (2006). The effect of quality information on consumer health plan switching: Evidence from the Buyers Health Care Action Group. *Journal of Health Economics*, 25(4), 762-781.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Andaleeb, S.S. (1994). Hospital advertising: The influence of perceptual and demographic factors on consumer dispositions. *Journal of Services Marketing*, 18(1), 48-59.
- Baesler, J.E. & Burgoon, J.K. (1994). The temporal effects of story and statistical evidence on belief change. *Communication Research*, 21, 582-602.
- Beaulieu, N.D. (2002). Quality information and consumer health plan choices. *Journal of Health Economics*, 21(1), 43-63.
- Bijlsma, M. & Pomp, M. (2008). Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg. Den Haag: Centraal Plan Bureau.
- Bruner, G.C. (2009). *Marketing Scales Handbook. A compilation of multi-item measures for consumer behavior & advertising research, vol. 5*. Carbondale: GCBII Productions.
- Capgemini (2005). *Webscan ziekenhuizen 2004*. Utrecht: Capgemini Nederland BV.
- CBS (2011a). Levensverwachting; geslacht en leeftijd vanaf 1950. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Verkregen op 6 december 2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37360ned&D1=a&D2=a&D3=0-1,11,21,31,41,51,66&D4=0,10,20,30,40,50,56-l&HD=090710-1550&HDR=G1,T&STB=G2,G3>
- Chernew, M. & Scanlon, D.P. (1998). Health plan report cards and Insurance choice. *Inquiry*, 35, 9-22.
- CKZ (2011). Consumer Quality Index. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg/NIVEL.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Coulter, A., Maistre, N. le, & Henderson, L. (2005). *Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment. An evaluation of the London Patient Choice scheme*. Oxford: Picker Institute.
- CPB (2010). Economische verkenning 2011-2015. Den Haag: Centraal Planbureau. Verkregen op 6 december 2011 van <http://www.cpb.nl/publicatie/economische-verkenning-2011-2015>

- Cutler, D., Huckman, R. & Landrum, M. (2004). The role of information in medical markets: an analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. *American Economic Review*, 94(2), 342-346.
- Damman, O.C. (2010). *Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index*. Utrecht: NIVEL.
- Damman, O.C., Hendriks, M. & Delnoij, D.M.J. (2010). Keuze-informatie over patiëntervaringen: aanbevelingen en dilemma's. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(7), 396-405.
- Darby, M.R. & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law and Economics*, 6, 67-88.
- Engelsen, B. den, Beek, C. van en Blijham, G. (2007). *Marketing voor zorgverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Erp, L.G. van (1998). *Zorg voor de markt. Marketing voor gezondheidsorganisaties*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Fisher, C.M. & Anderson, C.J. (1988). Hospital advertising: Does it influence consumers? *Journal of Health Care Marketing*, 18(4), 40-46.
- Ford, G.T., Smith, D.B. & Swasy, J.L. (1990). Consumer skepticism of advertising claims: Testing hypotheses from economics of information. *Journal of consumer research*, 16(4), 433-441.
- France, K.R. & Grover, R. (1992). What is the health care product? *Journal of Health Care Marketing*, 12(2), 31-38.
- Fung, C.H., Lim, Y.W., Mattke, S., Damberg, C. & Shekelle, P.G. (2008). Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 111-123.
- Grit, K., Bovenkamp, van de H. & Bal, R. (2008). *De positie van de zorggebruiker in een veranderd stelsel*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus MC Universitair Medisch Centrum.
- Groenewoud, S. (2008). *De Keuze is aan U! Een studie naar zoek- en keuzeprocessen en het gebruik van prestatie-indicatoren in verschillende patiëntengroepen*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Halbersma, R. (2008). *Kwaliteit van zorg & marktwerking: een overzicht van de economische literatuur*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Hibbard, J.H., Stockard, J. & Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affiliation*, 22, 84-94.
- Hoeken, H. (1997). Een model voor de rol van argumenten in het overtuigingsproces. In H. van den Bergh, D. Janssen, N. Bertens, & M. Damen (Red.), *Taalgebruik ontrafeld*, 55-65. Dordrecht: Foris.

- Hoeken, H. (1998). *Het ontwerp van overtuigende teksten. Wat onderzoek leert over de opzet van effectieve reclame en voorlichting*. Bussum: Coutinho.
- Hoeken, H. (2001). Anecdotal, statistical and causal evidence: their perceived and actual persuasiveness. *Argumentation*, 15, 425-437.
- Hoeken, H. & Hustinx, L. (2002). De relatieve overtuigingskracht van anekdotische, statistische, causale en autoriteitsevidentie. *Tijdschrift voor Taalbeheersing* 24 (3), 226-236.
- Hoeken, H. & Hustinx, L. (2009). When is statistical evidence superior to anecdotal evidence in supporting probability claims? The role of argument type. *Human Communication Research*, 35, 491-510.
- Hoeken, H. & Wijk, C. van (1997). De overtuigingskracht van anekdotische en statistische evidentie. *Taalbeheersing*, 19, 338-357.
- Hoeken, H., Hornikx, J. & Hustinx, L. (2009). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp*. Bussum: Coutinho.
- Hornikx, J. (2005). A review of experimental research on the relative persuasiveness of anecdotal, statistical, causal and expert evidence. *Studies in Communication Sciences*, 5(1), 205-216.
- Hornikx, J. (2008). Comparing the actual and expected persuasiveness of evidence types: how good are lay people at selecting persuasive evidence? *Argumentation* 22: 555-569.
- Hornikx, J. & Houët, T. (2009). De overtuigingskracht van normatief sterke en normatief zwakke anekdotische evidentie in het bijzijn van statistische evidentie. In Spooren, W., Onrust, M. & Sanders, J. (Eds.). *Studies in taalbeheersing*, 3, 125-133. Assen: Van Gorcum.
- Howard, D.H. (2005). Quality and consumer choice in healthcare: Evidence from kidney transplantation. *Topics in Economic Analysis & Policy*, 5(1), 24-30.
- IGZ (2011). Kwaliteitsindicatoren 2012. Basisset ziekenhuizen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verkregen op 16 december 2011 van http://www.igz.nl/Images/Basisset%20kwaliteitsindicatoren%20ziekenhuizen%202012-2_tcm294-305782.pdf
- Javalgi, R.G., Rao, S.R. & Thomas, E.G. (1991). Choosing a hospital: analysis of consumer tradeoffs. *Journal of Health Care Marketing*, 11(1), 12-22.
- Jung, H.P., Baerveldt, C., Olesen F., Grol, R. & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preference: a systematic literature analysis. *Health Expectations*, 6(2), 160-181.
- Krohn, F.B. & Flynn, C. (2001). Physicians' and consumers' conflicting attitudes toward health care advertising. *Health Marketing Quarterly*, 18(3/4), 5-12.
- Leeuwen, S. & Damen, J. (2009). Zorgmarketing onderzoek 2009. Zorgmarketingplatform. Op 15 februari 2012 verkregen van <http://www.zorgmarketingplatform.nl/dynamic/media/71/documents/ZMO%20Eindresultaten%20Zorgmarketing%20Onderzoek%202009%20v1.pdf>

- Leister, J. & Stausberg, H. (2007). Why do patients select a hospital? *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17(2), 13-31.
- Lim, J.S. & Zallocco, R. (1997). Consumer attitudes toward healthcare marketing practices: A comparison of hospitals versus physicians. *Journal of Hospital Marketing*, 12(1), 91-108.
- Lugtenberg, M. & Westert, G.P. (2007). *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers. Een internationale verkenning van initiatieven*. Tilburg: Tilburg University/Tranzo.
- Marshall M.N., Shekelle P.G., Leatherman, S. & Brook, R.H. (2000). Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care*, 9, 53-57.
- McCullough, T. & Dodge, H. R. (2002). Understanding the role consumer involvement plays in the effectiveness of hospital advertising. *Health Marketing Quarterly*, 19(3), 3-20.
- Menon, M.K., Goodnight, J.M. & Wayne, R.J. (2006). Assessing advertising content in a hospital advertising campaign: An application of Puto and Wells (1984). Measure of informational and transformational advertising content. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17(1), 27-44.
- Mitchell, A.A. & J.C. Olson (1981). Are product attribute beliefs the only mediator of advertising effects on brand attitude? *Journal of Marketing Research*, 18, 318-332.
- Motivaction (2005). *Zorg dat je kiest*. Amsterdam: Motivaction.
- Motivaction (2010). *Trendwatch Zorgconsument 2010*. Amsterdam: Motivaction.
- Mukamel, D. B. en Mushlin, A.L. (1998). An analysis of market share and price changes after publication of the New York State cardiac surgery mortality reports. *Medical Care*, 36(7), 945-954.
- Nelson, P. (1974). Advertising as Information. *The Journal of Political Economy*, 82(4), 729-754.
- NZA (2008). Inzicht in prijs en kwaliteit. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. Verkregen op 16 december 2011 van <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/vrije-prijzen-eerstelijnszorg/inzicht-in-prijs-en-kwaliteit/>
- NVZ (2006). Onderzoek onder publiek en patiënt naar het imago van de Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Medische Orde van Specialisten. Verkregen op 27 april 2012 van http://www.werkenbijsignificant.nl/downloads/0000/0111/NVZ_imago-onderzoek_jul06.pdf
- NVZ (2011). Zorg op doorreis. Brancherapport ziekenhuizen 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Verkregen op 19 december 2011 van http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/NVZ_Nieuws/Nieuwsberichten/Juli_december_2011/Brancherapport_2011_Zorg_op_doorreis
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual*. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12). Crow's Nest: Allen & Unwin.

Pelsmacker, P. de, Geuens M. & Bergh, J. van den (2008). *Marketingcommunicatie 3e editie*. Amsterdam: Pearson education Benelux.

Programma Zichtbare Zorg (2011). Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen en ZBC's. Verkregen op 2 januari van <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s>

Rijen, A.J.G. van (2003). *Internetgebruiker en kiezen van zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rijen, A.J.G. van (2003). *Internetgebruiker en verandering in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rijksoverheid (2011). *Wet marktordening gezondheidszorg*. Verkregen op 6 december 2011 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wet-marktordening-gezondheidszorg-wmg>

RIVM (2010). *Zorgbalans 2010, versie 3.1*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verkregen op 12 december 2011 van <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/thema-s/stelselwijziging/>

Schellekens, W.M.L.C.M. & Everdingen, J.J.E van (2001). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schellekens, W., Berg, M. & Klazinga N. (2003). Vliegen en gevlogen worden. *Medisch Contact*, 58(8), 291-294.

Schwartz, L.M., Woloshin, S., Birkmeyer, J.D. (2005). How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *British Medical Journal*, 331, 821– 827.

Smith Gooding, S.K. (2000). Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *Journal of Hospital Marketing*, 13(2), 23-42.

SWOV (2010). *Mobiliteit op de Nederlandse wegen*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. Op 6 december 2011 verkregen van http://www.swov.nl/rapport/Factsheets/NL/Factsheet_Mobiliteit.pdf

TNS NIPO (2003). *Kiezen in de gezondheidszorg*. Raad voor de volksgezondheid en zorg. Verkregen op 17 januari 2012 van http://www.ggzbeleid.nl/pdfstelsel/RvZ_Kiezen_in_de_gezondheidszorg.pdf

TNS NIPO (2006). *Zorg om vernieuwing*. Op 17 januari 2012 verkregen van http://www.tns-nipo.com/pages/persvannipo/pdf/vertrouwen_gezondheidszorg06.pdf

TNS NIPO (2010). *Kiezen in de zorg door de ogen van de consument*. Raad voor de volksgezondheid en zorg. Verkregen op 17 januari 2012 van http://www.kiesbeter.nl/object_binary/o1179_Rapport-kiezen-in-de-zorg-02-02-2010.pdf

Verma, V.K. (1980). A price theoretic approach to the specification and estimation of the sales-advertising function. *Journal of Business*, 53 (3), 15-37.

Vonberg, R.P., Sander, C. & Gastmeier, P. (2008). Consumer attitudes about health care acquired infections: a German survey on factors considered important in the choice of a hospital. *American Journal of Medical Quality*, 23(1), 56-59.

Weiss, R. (1989) Appealing to an important customer. Physicians should be the target of marketing. *Health Program*, 70(4), 38-45.

Bijlage 1 - Literatuurstudie

Literatuurstudie naar de genoemde beoordelingscriteria uit negen onderzoeken.

Onderzoek	Genoemde beoordelingscriteria	Label
Javalgi, Rao en Thomas (1991)	Afstand tot ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
	Gespecialiseerde artsen	Medische kwaliteit
	Soort ziekenhuis (academisch, etc.)	Medische kwaliteit
	Reputatie ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Moderne technologie	Medische kwaliteit
	Kosten/prijs	Prijs en vergoeding
	Beleefdheid medisch personeel	Patiëntgerichtheid
	Aanbeveling huisarts	Informatiebron*
	Aanbeveling familie of vrienden	Informatiebron*
Leister en Strausberg (2007)	Eerdere ervaring met ziekenhuis	Informatiebron*
	Advies huisarts	Informatiebron*
	Gecertificeerd kwaliteitssysteem	Medische kwaliteit
	Positieve media-aandacht	Informatiebron*
	Aanbeveling van familie en kennissen	Informatiebron*
	Omgeving receptie	Randvoorwaarden - Voorzieningen
	Vriendelijkheid personeel	Patiëntgerichtheid
	Kwaliteit website	Randvoorwaarden - Voorzieningen
	Gepubliceerde kwaliteitsrapporten	Medische kwaliteit
	Afstand tot ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
Motivaction (2005)	Kwaliteit en reputatie specialisten	Medische kwaliteit
	Nabijheid/bereikbaarheid ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
	Wachttijd	Randvoorwaarden - Wachttijd
	Vriendelijkheid personeel	Patiëntgerichtheid
	Informatievoorziening over behandeling	Patiëntgerichtheid
	Sfeer ziekenhuis	Randvoorwaarden - Voorzieningen
	Service van ziekenhuis	Patiëntgerichtheid
	Organisatie van ziekenhuis	Randvoorwaarden – Voorzieningen?
	Academische graad ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Aanwezigheid voorzieningen	Randvoorwaarden - Voorzieningen
Motivaction (2010)	Vergoeding behandeling	Prijs en vergoeding
	Afstand tot ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
	Wachttijd	Randvoorwaarden - Wachttijd
	Informatievoorziening	Patiëntgerichtheid
	Reputatie	Medische kwaliteit

Schwartz, Woloshin en Birkmeyer (2005)	Reputatie chirurg	Medische kwaliteit
	Reputatie ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Eerdere ervaring met ziekenhuis	Informatiebron*
	Aanbeveling van vrienden of familie	Informatiebron*
	Advertenties van ziekenhuis	Informatiebron*
	Vergelijkende ziekenhuisdata	Informatiebron*
	Nationaal erkende chirurgen	Medische kwaliteit
	Aantal uitgevoerde operaties per chirurg	Medische kwaliteit
	Verpleegkundige/patiënt ratio	Medische kwaliteit - Patiëntgerichtheid
	Aantal uitgevoerde operaties ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Sterftecijfer	Medische kwaliteit
	Opleidingsstatus ziekenhuis	Medische kwaliteit
Smith Gooding (2000)	Kwaliteit van de zorg	Medische kwaliteit
	Netheid ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Houding/beleefdheid personeel	Patiëntgerichtheid
	Reputatie ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Reeks specialisaties	Medische kwaliteit
	Uiterlijk en inrichting ziekenhuis	Randvoorwaarden - Voorzieningen
	Kwaliteit van eerste hulp	Medische kwaliteit
	Kwaliteit van verpleegkundige zorg	Medische kwaliteit
	Medische apparatuur (technologie)	Medische kwaliteit
	Vriendelijkheid personeel	Patiëntgerichtheid
	Prijs	Prijs en vergoeding
	Afstand tot ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
TNS NIPO (2003)	Kennis medisch specialisten	Medische kwaliteit
	Bejegening door medisch personeel	Patiëntgerichtheid
	Stiptheid artsen	Patiëntgerichtheid
	Wachttijsten	Randvoorwaarden - Wachtijd
	Wachttijden in wachtkamers	Randvoorwaarden - Wachtijd
	Telefonische bereikbaarheid	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
Van Rijen (2003)	Deskundigheid artsen	Medische kwaliteit
	Snelheid waarmee men geholpen wordt	Randvoorwaarden - Wachtijd
	Respect voor eigen keuzes	Patiëntgerichtheid
	Vriendelijkheid en behandeling door personeel	Patiëntgerichtheid
	Beschikbare tijd verpleegkundigen voor patiënt	Medische kwaliteit
	Afstand tot ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
	Verblijf in één- of tweepersoonskamer	Randvoorwaarden - Voorzieningen
	Kwaliteit eten	Randvoorwaarden - Voorzieningen

Vonberg, Sander en Gastmeier (2008)	Netheid/hygiëne ziekenhuis	Medische kwaliteit
	Percentage infectieziektes	Medische kwaliteit
	Vriendelijkheid personeel	Patiëntgerichtheid
	Verpleegkundige/patiënt ratio	Medische kwaliteit - Patiëntgerichtheid
	Ziekenhuis reputatie onder vrienden	Informatiebron*
	Eerdere eigen ervaring in ziekenhuis	Informatiebron*
	Bereikbaarheid ziekenhuis	Randvoorwaarden - Bereikbaarheid
	Reputatie ziekenhuis in de media	Informatiebron*

* Een deel van de genoemde criteria zijn geen beoordelingscriteria maar informatiebronnen voor het verkrijgen van informatie over keuzefactoren. Deze informatiebronnen zullen niet worden meegenomen als beoordelingscriteria in dit onderzoek.

Aspect	Deelaspect	Aantal keer genoemd
Medische kwaliteit		30
Patiëntgerichtheid		16
Prijs en vergoeding door zorgverzekering		3
Randvoorwaarden	Voorzieningen	11
Randvoorwaarden	Bereikbaarheid	8
Randvoorwaarden	Wachttijden	5
Totaal		71

Bijlage 2 – Diagnosecases

Knieoperatie

Al enige tijd heeft u last van uw knie. Vooral bij het sporten merkt u dat uw knie minder stabiel is dan normaal en vaak pijnlijk aanvoelt. Twee weken geleden is het helemaal mis gegaan. U heeft zich verstapt waardoor u nu een zware blessure aan uw knie heeft. Uw knie is helemaal dik en doet veel pijn. Wanneer u naar de huisarts gaat verwijst deze u door naar de specialist op de afdeling Orthopedie in het ziekenhuis. De specialist vertelt dat uw knie zwaar overbelast is en dat er daardoor kraakbeen in uw knie is afgesleten. U moet geopereerd worden. Bij deze operatie wordt uw knie operatief rechtgezet en wordt er op de plek waar het kraakbeen afgesleten is, een nieuw stukje geplaatst.

Voor deze operatie moet u 2 dagen opgenomen worden in een ziekenhuis. De operatie duurt 2 uur en hierna krijgt u 8 weken gips. De operatie is een vrij ingrijpende en risicovolle operatie. Het is erg belangrijk dat u door een gespecialiseerde chirurg geopereerd wordt. U bent erg geschrokken van het slechte nieuws en gaat na het gesprek naar huis.

Chronisch nierfalen

Na al een ruime tijd last te hebben van vermoeidheid, misselijkheid en kramp bent u naar de dokter gestapt. De dokter prikt uw bloed en doet urineonderzoek. Een week later moet u terugkomen en krijgt u de uitslag. Er is waarschijnlijk iets mis met uw nieren. De huisarts verwijst u door naar de specialist in het ziekenhuis. Deze vertelt u dat u chronisch nierfalen hebt.

Chronisch nierfalen is een ernstige aandoening waarbij de functie van de nier langzaam aan afneemt. U krijgt voortaan medicijnen en een speciaal dieet, maar uw nierfunctie zal blijven afnemen. Waarschijnlijk hebt u over enkele maanden nierdialyse nodig en zal er op langere termijn een niertransplantatie nodig zijn. U bent erg geschrokken van dit bericht en maakt u ernstige zorgen. Nierfalen is een ernstige aandoening en kan, wanneer deze niet behandeld wordt, fataal zijn.

De komende tijd zult u het ziekenhuis vaak voor controle moeten bezoeken. Wanneer u over een aantal maanden dialyse nodig hebt zult u zelfs 3 keer per week naar het ziekenhuis moeten. In de toekomst zult u waarschijnlijk een niertransplantatie moeten ondergaan. De komende maanden zult u dus veel tijd in het ziekenhuis doorbrengen.

Bijlage 3 – Marketingcommunicatieteksten

Groen = Tekst 1 en 2 zijn hier identiek (of 3 en 4, of 5 en 6, of 7 en 8)

Rood = Onderwerp dat volgens de methode benoemd moet worden (zie tabel eind bijlage 3)

Zwart = Hier wijkt tekst 1 af van tekst 2 (of 3 van 4, of 5 van 6, of 7 van 8)

Tekst 1: Electieve knieoperatie | Statistische evidentie | Medische kwaliteit

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Orthopedie

Kwaliteit boven alles

Bij het Oostland ziekenhuis staat de kwaliteit van medische behandelingen en operaties op nummer één. Dit wordt niet alleen door ons geclaimd, maar ook aangetoond door onafhankelijke instanties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Zo worden onze orthopedische behandelingen en operaties met de hoogst mogelijke score, namelijk 3 sterren, beoordeeld. Dit is één ster meer dan het landelijk gemiddelde voor orthopedische behandelingen en operaties. Slechts 10% van alle ziekenhuizen in Nederland krijgt deze score. Daar zijn we dus best trots op. We hebben deze goede score behaald door extra veel aandacht te besteden aan de strenge kwaliteits- en veiligheidseisen die de overheid stelt voor de behandeling van orthopedische patiënten. Een specialistisch team van orthopedisten, artsen en verpleegkundigen is dag en nacht bezig om deze goede score zo hoog mogelijk te houden. Orthopedie is dan ook een van onze belangrijkste specialismen.

Dat Oostland kwaliteit hoog in het vaandel heeft staan blijkt ook uit het aantal operaties aan knieën, schouders en andere gewrichten dat wij jaarlijks verrichten. Zo staat het Oostland ziekenhuis met jaarlijks ruim 95 knieoperaties in de top 3 van ziekenhuizen die de meeste knieoperaties uitvoeren. Deze cijfers laten goed zien dat het Oostland ziekenhuis niet alleen veel kennis en expertise, maar ook veel ervaring in huis heeft op orthopedisch gebied. Als patiënt weet u daarom zeker dat u bij het Oostland ziekenhuis in goede handen bent.

Meer informatie over de gemeten kwaliteitsindicatoren en andere prestaties van het Oostland ziekenhuis kunt u vinden op de onafhankelijke overheidswebsite www.kiesbeter.nl.

Woorden: 248

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Chronisch nierfalen

Kwaliteit boven alles

Bij het Oostland ziekenhuis staat de kwaliteit van medische behandelingen en operaties op nummer één. Dit wordt niet alleen door ons geclaimd, maar ook aangetoond door onafhankelijke instanties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Zo worden de behandelingen en zorg op onze Nierpoli en in ons Dialysecentrum met de hoogst mogelijke score, **namelijk 3 sterren**, beoordeeld. Dit is één ster meer dan het landelijk gemiddelde voor nierpoli's en dialysecentra. Slechts 10% van alle ziekenhuizen in Nederland krijgt deze score. Daar zijn we dus best trots op. We hebben deze goede score behaald door extra veel aandacht te besteden aan de strenge kwaliteits- en veiligheidseisen die de overheid stelt voor de behandeling van nierpatiënten. Een specialistisch team van internisten, artsen en verpleegkundigen is dag en nacht bezig om deze goede score zo hoog mogelijk te houden. **Nieraandoeningen zijn dan ook een van onze belangrijkste specialismen.**

Dat Oostland kwaliteit hoog in het vaandel heeft staan blijkt ook uit het aantal niertransplantaties dat wij jaarlijks verrichten. Zo staat het Oostland ziekenhuis met jaarlijks ruim **25 niertransplantaties** in de top 3 van ziekenhuizen die de meeste niertransplantaties uitvoeren. Deze cijfers laten goed zien dat het Oostland ziekenhuis niet alleen veel kennis en expertise, maar ook veel **ervaring** in huis heeft op het gebied van nieraandoeningen. Als patiënt weet u daarom zeker dat u bij het Oostland ziekenhuis in goede handen bent.

Meer informatie over de gemeten kwaliteitsindicatoren en andere prestaties van het Oostland ziekenhuis kunt u vinden op de onafhankelijke overheidswebsite www.kiesbeter.nl.

Woorden: 248

Tekst 3: Electieve knieoperatie | Statistische evidentie | Patiëntgerichtheid

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Orthopedie

De patiënt boven alles

Ons ziekenhuis staat bekend om haar patiëntgerichte werkwijze. Dit wordt niet alleen door ons geclaimd, maar ook aangetoond door onafhankelijke instanties als het Centrum Klantervaring Zorg. Deze instantie meet doorlopend de patiëntgerichtheid van ziekenhuizen aan de hand van de Consumer Quality Index.

De resultaten van deze index laten zien dat onze afdeling Orthopedie bovengemiddeld goed scoort op de punten **bejegening en communicatie**. Waar andere ziekenhuizen gemiddeld twee sterren scoren, scoort Oostland drie sterren. Slechts 10% van alle ziekenhuizen in Nederland krijgt deze score. Daar zijn we dus best trots op. **Begrijpelijke communicatie** en een **fijne, respectvolle omgang** tussen patiënt en medisch personeel zijn dan ook de speerpunten in ons beleid.

We vinden het belangrijk dat onze orthopedische patiënten vriendelijk behandeld worden en **alle tijd krijgen om hun vragen te stellen**. Daarnaast besteden we ook veel aandacht aan de **wensen van onze patiënten**. Zo doen wij er alles aan om uw verblijf zo prettig mogelijk te maken proberen onze deskundigen de zorg altijd zo goed mogelijk op uw behoeften af te stemmen. Dit doen zij zowel inhoudelijk, als bij de planning van uw (vervolg)afspraken. Zo zorgen we ervoor dat **alle onderzoeken en tests zoveel mogelijk op één dag gepland** worden, zodat u nooit langer in het ziekenhuis hoeft te zijn dan nodig. Als patiënt weet u daarom zeker dat u bij het Oostland ziekenhuis in goede handen bent.

Meer informatie over de scores van de Consumer Quality Index kunt u vinden op de onafhankelijke overheidswebsite www.kiesbeter.nl.

Woorden: 245

Tekst 4: Chronisch nierfalen | Statistische evidentie | Patiëntgerichtheid

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Chronisch nierfalen

De patiënt boven alles

Ons ziekenhuis staat bekend om haar patiëntgerichte werkwijze. Dit wordt niet alleen door ons geclaimd, maar ook aangetoond door onafhankelijke instanties als het Centrum Klantervaring Zorg. Deze instantie meet doorlopend de patiëntgerichtheid van ziekenhuizen aan de hand van de Consumer Quality Index.

De resultaten van deze index laten zien dat onze Nierpoli en ons Dialysecentrum bovengemiddeld goed scoren op de punten **bejegening en communicatie**. Waar andere ziekenhuizen gemiddeld twee sterren scoren, scoort Oostland drie sterren. Slechts 10% van alle ziekenhuizen in Nederland krijgt deze score. Daar zijn we dus best trots op. **Begrijpelijke communicatie** en een **fijne, respectvolle omgang** tussen patiënt en medisch personeel zijn dan ook de speerpunten in ons beleid.

We vinden het belangrijk dat onze chronische patiënten **vriendelijk behandeld** worden en **alle tijd krijgen om hun vragen te stellen**. Daarnaast besteden we ook veel aandacht aan de **wensen van onze patiënten**. Zo doen wij er alles aan om uw verblijf zo prettig mogelijk te maken proberen onze deskundigen de zorg altijd zo goed mogelijk op uw behoeften af te stemmen. Dit doen zij zowel inhoudelijk, als bij de planning van uw (vervolg)afspraken. Zo zorgen we ervoor dat **alle onderzoeken en tests zoveel mogelijk op één dag gepland worden**, zodat u nooit langer in het ziekenhuis hoeft te zijn dan nodig. Als patiënt weet u daarom zeker dat u bij het Oostland ziekenhuis in goede handen bent.

Meer informatie over de scores van de Consumer Quality Index kunt u vinden op de onafhankelijke overheidswebsite www.kiesbeter.nl.

Woorden: 247

Tekst 5: Electieve knieoperatie | Anekdotische evidentie | Medische kwaliteit

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Orthopedie

Kwaliteit boven alles

Het ondergaan van een operatie aan uw gewrichten is veelal een vervelende gebeurtenis. De gevolgen van de operatie zijn groot, waardoor er veel van afhangt voor patiënten. Bij het Oostland ziekenhuis vinden wij dat patiënten zich niet druk zouden hoeven maken over de kwaliteit van operaties en behandelingen. Het ondergaan van een operatie is immers al onzeker genoeg.

Frank Verhoeven (39) is één van onze patiënten die geopereerd is aan zijn knie. Hij vertelt:

‘Door een zware blessure die ik op liep tijdens het voetballen, moest ik geopereerd worden aan mijn knie. Er waren 3 ziekenhuizen in de omgeving die deze operaties aanboden. Ik heb voor het Oostland ziekenhuis gekozen omdat de Orthopedische afdeling daar erg goed beoordeeld wordt. Dat gaf me een goed gevoel. Je hoort zo vaak dat het mis gaat, daarom vond ik het erg fijn om te zeker weten dat het Oostland ziekenhuis één van de betere ziekenhuizen op orthopedisch gebied is.

Daarnaast werken er bij het Oostland ziekenhuis enkele chirurgen die gespecialiseerd zijn in het doen van knieoperaties en worden deze operaties ook regelmatig uitgevoerd. Dit was voor mij een goede indicatie dat de artsen en chirurgen bij Oostland naast veel kennis en expertise, ook veel ervaring hebben. Dit vind ik belangrijk, je gezondheid is immers je meest kostbare bezit, waardoor je natuurlijk wilt dat een ziekenhuis je de best mogelijke behandeling kan geven. Met mijn knie is het overigens weer helemaal goed gekomen, mede dankzij de goede zorg van het Oostland ziekenhuis.’

Woorden: 248

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Chronisch nierfalen

Kwaliteit boven alles

Het hebben van een chronische ziekte heeft vaak een enorme impact op het leven van de patiënt. Chronische patiënten moeten veelal op regelmatige basis naar het ziekenhuis waardoor zij veel met medische behandelingen en zorg in aanraking komen. Bij het Oostland ziekenhuis vinden wij dat patiënten zich niet druk zouden hoeven maken over de kwaliteit van deze zorg. Het hebben van een chronische ziekte is immers al onzeker genoeg.

Frank Verhoeven (39) is één van onze patiënten die sinds enkele jaren last heeft van chronisch nierfalen. Hij vertelt:

‘Toen bij mij de diagnose chronisch nierfalen werd geconstateerd, kon ik voor mijn behandeling kiezen uit 3 ziekenhuizen in de omgeving. Ik heb voor het Oostland ziekenhuis gekozen omdat zij naast een gespecialiseerde Nierpoli ook een bekroond Dialysecentrum hebben. Dat gaf me een goed gevoel. Nierfalen is een ernstige aandoening, waardoor het erg fijn is om te zeker weten dat het Oostland ziekenhuis één van de betere ziekenhuizen op dit gebied is.

Daarnaast werken er bij het Oostland ziekenhuis enkele chirurgen die gespecialiseerd zijn in het doen van niertransplantaties en worden deze transplantaties ook regelmatig uitgevoerd. Dit was voor mij een goede indicatie dat de artsen en chirurgen bij Oostland naast veel kennis en expertise, ook veel ervaring hebben. Dit vind ik belangrijk, je gezondheid is immers je meest kostbare bezit, waardoor je natuurlijk wilt dat een ziekenhuis je de best mogelijke behandeling kan geven. Bij het Oostland ziekenhuis heb ik echt het gevoel dat ik in goede handen ben.’

Woorden: 248

Tekst 7: Electieve knieoperatie | Anekdotische evidentie | Patiëntgerichtheid

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Orthopedie

De patiënt boven alles

Het ondergaan van een operatie aan uw gewrichten is vaak een onzekere gebeurtenis. Bij het Oostland ziekenhuis begrijpen wij dit en daarom doen we er alles aan om uw verblijf zo prettig mogelijk te maken. Het ondergaan van een operatie is immers al vervelend genoeg.

Frank Verhoeven (39) is één van onze patiënten die geopereerd is aan zijn knie. Hij vertelt:

‘Een tijd geleden moest ik geopereerd worden aan mijn knie. De operatie vond plaats in het Oostland ziekenhuis en ik moet zeggen dat dit ontzettend goed bevallen is. De omgang met artsen en verpleegkundigen was goed en ik kan niet anders zeggen dan dat het personeel altijd ontzettend vriendelijk was. Het feit dat ze echt de tijd voor je nemen en oprecht in je geïnteresseerd waren gaf mij het gevoel dat ik hier in goede handen was.

Wat ik ook goed vond, was dat alle onderzoeken en behandelingen goed uitgelegd werden. Een operatie is immers al onzeker genoeg, dan is het wel fijn wanneer artsen en verpleegkundigen de tijd voor je nemen om al je vragen te beantwoorden. Ook werd er altijd goed rekening gehouden met mijn eigen wensen.

Toen ik voor een laatste controle terug moest komen, werd er voor gezorgd dat alle onderzoeken en tests op één dag gedaan konden worden. Op die manier hoefde ik dus niet vaker en langer in het ziekenhuis te zijn dan nodig. Met mijn knie is het overigens weer helemaal goed gekomen, mede dankzij de goede zorg bij het Oostland.’

Woorden: 249

Tekst 8: Chronisch nierfalen | Anekdotische evidentie | Patiëntgerichtheid

Oostland | Uw ziekenhuis

Home > Diagnose en behandeling > Chronisch nierfalen

De patiënt boven alles

Het hebben van een chronische ziekte heeft vaak een enorme impact op het leven van de patiënt. Bij het Oostland ziekenhuis begrijpen wij dit en daarom doen we er alles aan om uw verblijf zo prettig mogelijk te maken. Het hebben van een chronische ziekte is immers al vervelend genoeg.

Frank Verhoeven (39) is één van onze patiënten die sinds enkele jaren last heeft van chronisch nierfalen. Hij vertelt:

‘Als chronisch nierpatiënt moet ik regelmatig naar het ziekenhuis. Niet leuk natuurlijk, maar het feit dat ik inmiddels zo’n goede relatie heb opgebouwd met de artsen en verpleegkundigen verzacht de pijn wel een beetje. Ik kan niet anders zeggen dan dat het personeel altijd ontzettend vriendelijk is. Het feit dat ze echt de tijd voor je nemen en oprecht in je geïnteresseerd zijn geeft mij het gevoel dat ik hier in goede handen ben.

Wat ik ook goed vind, is dat alle onderzoeken en behandelingen altijd goed uitgelegd worden. Een chronische ziekte is immers al onzeker genoeg, dan is het wel fijn wanneer artsen en verpleegkundigen de tijd voor je nemen om al je vragen te beantwoorden. Ook wordt er altijd goed rekening gehouden met mijn eigen wensen. Wanneer ik voor controle eens in de zoveel tijd naar het ziekenhuis moet, wordt er altijd voor gezorgd dat alle onderzoeken en tests op één dag worden gedaan. Op die manier hoef ik dus niet vaker en langer in het ziekenhuis te zijn dan nodig, en dat is natuurlijk wel zo prettig.’

Woorden: 249

Marktcommunicatie teksten				
	Statistisch Knieoperatie	Statistisch Nierfalen	Anekdotisch Knieoperatie	Anekdotisch Nierfalen
Inhoud – Medische kwaliteit (4 onderwerpen)				
3 sterren en 10% of beoordeling	Ja	Ja	Ja	Ja
Operatievolume	Ja	Ja	Ja	Ja
Aandoening is specialisme	Ja	Ja	Ja	Ja
Kennis, expertise en ervaring	Ja	Ja	Ja	Ja
Inhoud – Patiëntgerichtheid (4 onderwerpen)				
Goede/respectvolle relatie of omgang met medisch personeel	Ja	Ja	Ja	Ja
Goede bejegening (vriendelijk, oprecht geïnteresseerd en neemt tijd)	Ja	Ja	Ja	Ja
Duidelijke communicatie (goede uitleg)	Ja	Ja	Ja	Ja
Rekening houden met eigen wensen (alle onderzoeken en tests op één dag)	Ja	Ja	Ja	Ja
Evidentie – Statistisch				
Aanvoeren getalsmatige samenvatting van een aantal specifieke gevallen	Ja	Ja	N.v.t.	N.v.t.
Controleerbare prestaties	Ja	Ja	N.v.t.	N.v.t.
Indirecte vergelijking met gemiddeldes	Ja	Ja	N.v.t.	N.v.t.
Evidentie – Anekdotisch				
Aanvoeren één specifiek voorbeeld	N.v.t.	N.v.t.	Ja	Ja
Quote van patiënt	N.v.t.	N.v.t.	Ja	Ja
Gevoelens van patiënt benoemen	N.v.t.	N.v.t.	Ja	Ja

Lengte teksten

Tekst 1: 248

Tekst 2: 248

Tekst 3: 245

Tekst 4: 247

Tekst 5: 248

Tekst 6: 248

Tekst 7: 249

Tekst 8: 249

Maximale afwijking tussen de lengte van de teksten is 4 woorden (1,6%).

Bijlage 4 - Vragenlijst

Beste deelnemer,

Allereerst wil ik u hartelijk danken voor uw medewerking aan dit onderzoek. Het onderzoek gaat over marketingcommunicatie in de gezondheidszorg.

De enquête duurt ongeveer 10 minuten en is geheel anoniem. De door u ingevulde gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en niet aan derden verstrekt.

Met vriendelijke groet,

Karlijn Lenderink
Student Communication Studies
Universiteit Twente

01. Bent u 21 jaar of ouder? Ja/nee

02. Hebt u ooit een aandoening gehad aan uw nieren of bent u ooit geopereerd aan uw knie? Ja/nee

U kunt wel/niet doorgaan met dit onderzoek.

> Lees onderstaande tekst aandachtig.

Het is de bedoeling dat u zich zo goed mogelijk probeert in te leven in de situatie.

> Onderstaande tekst staat op de website van een ziekenhuis.

Het is belangrijk dat u deze tekst helemaal leest.

Stellingen over houding ten opzichte van tekst

Onderstaande stellingen gaan over de tekst over het Oostland Ziekenhuis die u net gelezen hebt.

03. Ik vind deze tekst **goed**.

Helemaal mee eens

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Helemaal niet mee eens

04. Ik vind deze tekst **levendig**.

Helemaal mee eens

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Helemaal niet mee eens

05. De tekst is **begrijpelijk**.

Helemaal mee eens

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Helemaal niet mee eens

06. Ik vind de tekst niet **interessant**.

Helemaal mee eens

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Helemaal niet mee eens

07. Ik vind de informatie in de tekst **afstotend**.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

08. De informatie in de tekst **spreekt mij aan**.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

09. Ik vind de tekst niet **geloofwaardig**.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

10. Ik vind informatie in de tekst **overtuigend**.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

Stellingen over houding ten opzichte van het ziekenhuis

Ook onderstaande stellingen gaan over de tekst op de website van het Oostland ziekenhuis.

11. Ik denk dat dit een **betrouwbaar** ziekenhuis is.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

12. Ik denk dat Oostland een **deskundig** ziekenhuis is.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

13. Dit ziekenhuis lijkt me een **vriendelijk** ziekenhuis.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

14. Ik vind het Oostland een **aantrekkelijk** ziekenhuis.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

15. Oostland lijkt me geen **fijn** ziekenhuis.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

16. Ik denk dat ik in dit ziekenhuis **goed geholpen** wordt.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

17. Het Oostland lijkt me geen **toegankelijk** ziekenhuis.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

Stellingen over de keuze-intentie van de patiënt

18. Ik zou nooit naar dit ziekenhuis gaan.

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

19. Wanneer ik voor een ziekenhuis moest kiezen, zou ik voor Oostland kiezen.

Helemaal mee eens

0 0 0 0 0 0 0

Helemaal niet mee eens

20. Ik zou het Oostland ziekenhuis aanbevelen bij familie, vrienden of kennissen.

Zeer waarschijnlijk wel

0 0 0 0 0 0 0

Zeer waarschijnlijk niet

Overige vragen > Keuzefactoren

Stel, u komt er door het lezen van deze tekst achter dat het Oostland ziekenhuis beter presteert dan het ziekenhuis waar u normaal naartoe gaat.

21. Zou u met deze wetenschap voor het Oostland ziekenhuis kiezen?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

In geval van 'ja' of 'misschien' doorgaan naar vraag 22. In geval van 'nee' of 'weet ik niet' doorgaan naar vraag 26.

22. Zou u ook naar het Oostland ziekenhuis gaan wanneer u daar een maand langer op de behandeling moet wachten dan bij uw eigen ziekenhuis?

Zeer waarschijnlijk niet

0 0 0 0 0 0 0

Zeer waarschijnlijk wel

23. Zou u ook naar het Oostland ziekenhuis gaan wanneer het Oostland meer dan een uur rijden is (en uw eigen ziekenhuis minder dan een half uur)?

Zeer waarschijnlijk niet

0 0 0 0 0 0 0

Zeer waarschijnlijk wel

24. Zou u ook naar het Oostland ziekenhuis gaan wanneer de voorzieningen daar minder mooi/modern/luxe zijn dan bij uw eigen ziekenhuis?

Zeer waarschijnlijk niet

0 0 0 0 0 0 0

Zeer waarschijnlijk wel

25. Zou u ook naar het Oostland ziekenhuis gaan wanneer uw verzekering de behandeling daar niet vergoedt (en bij uw eigen ziekenhuis wel)?

Zeer waarschijnlijk niet

0 0 0 0 0 0 0

Zeer waarschijnlijk wel

Overige vragen > Keuze- en zoekgedrag

26. Hoe belangrijk vindt u het om zelf te kunnen kiezen naar welk ziekenhuis u gaat?

Zeer belangrijk

0 0 0 0 0 0 0

Zeer onbelangrijk

27. Hoe groot is de kans dat u op zoek gaat naar informatie over de kwaliteit en service van een ziekenhuis?

Zeer groot

0 0 0 0 0 0 0

Zeer klein

• Ik zoek op internet		
Zeer waarschijnlijk	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onwaarschijnlijk
• Ik vraag mijn huisarts		
Zeer waarschijnlijk	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onwaarschijnlijk
• Ik vraag familie, vrienden en/of bure		
Zeer waarschijnlijk	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onwaarschijnlijk
• Ik informeer bij mijn zorgverzekering		
Zeer waarschijnlijk	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onwaarschijnlijk

29. Wat vindt u ervan als een ziekenhuis op haar eigen website haar eigen kwaliteit en service promoot?

• Zeer positief	0 0 0 0 0 0 0	Zeer negatief
• Zeer goed	0 0 0 0 0 0 0	Zeer slecht
• Zeer uitnodigend	0 0 0 0 0 0 0	Zeer afstotend
• Zeer geloofwaardig	0 0 0 0 0 0 0	Zeer ongeloofwaardig
• Zeer nuttig	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onnuttig
• Zeer logisch	0 0 0 0 0 0 0	Zeer onlogisch
• Zeer ethisch verantwoord	0 0 0 0 0 0 0	Zeer ethisch onverantwoord

30. Geslacht:

- 31. Leeftijd: ____**

- o Middelbare school of lager
- o MBO
- o HBO
- o WO of hoger

- ☐ Niet
- ☐ 1 tot 2 keer
- ☐ 3 tot 6 keer
- ☐ 7 tot 10 keer
- ☐ 11 keer of meer

K.M.H. Lenderink

