

Een dichtbij gelegen Duits ziekenhuis of een verder gelegen Nederlands ziekenhuis?

Een onderzoek naar de voorkeur van de Nederlandse grensbewoner in een acute situatie

Bachelor opdracht Gezondheidswetenschappen

Marit Kamphuis (S1848526)

02-07-2019

UNIVERSITY OF TWENTE.



1^e begeleider UT:

Dr. J.A. Van Til

2^e begeleider UT:

Dr. A. Lenferink

Begeleiders Acute Zorg Euregio:

M.A. Bruens

E. Boekhorst

Voorwoord

Dit onderzoek betreft een afstudeeropdracht van de bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente (UT), waar van februari 2019 tot en met juli 2019 aan is gewerkt. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van bureau Acute Zorg Euregio.

Het uitvoeren van het onderzoek is een leerzaam proces geweest. Door het afnemen van de interviews heb ik mijn interviewvaardigheden kunnen verbeteren. Ik ben daarnaast in contact gekomen met veel verschillende partijen, waardoor ik veel nieuwe inzichten heb mogen opdoen binnen het praktijkgebied van een gezondheidswetenschapper.

Ik wil graag mijn begeleiders vanuit de UT, Dr. J.A. Van Til en Dr. A. Lenferink, bedanken voor de hulp bij de uitvoering van het onderzoek en het schrijven van deze scriptie. Ook wil ik mijn begeleiders vanuit bureau Acute Zorg Euregio, M.A. Bruens en E. Boekhorst, bedanken voor hun hulp bij het beantwoorden van de inhoudelijke vragen en voor het benaderen van zorgprofessionals. Verder wil ik alle zorgprofessionals bedanken die hun kennis vanuit de praktijk wilden delen en als laatste wil ik alle respondenten bedanken die bereid waren om deel te nemen aan dit onderzoek. Zonder de medewerking van deze mensen was het niet gelukt dit onderzoek tot een goed einde te brengen.

Marit Kamphuis

Enschede, juli 2019

Samenvatting

Inleiding: In geval van een myocardinfarct of een beroerte beïnvloedt elke minuut van vertraging tot de behandeling de gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Onlangs zijn er twee grensoverschrijdende samenwerkingen ontwikkeld die ervoor hebben gezorgd dat de Nederlandse inwoners van bepaalde gedeeltes van het EUREGIO-gebied, de mogelijkheid hebben gekregen om sneller behandeld te worden in een Duits ziekenhuis. Ondanks deze samenwerkingen, blijkt dat patiënten met een acute zorgvraag, wonende in het grensgebied, op dit moment met name worden opgenomen in het dichtstbijzijnde beschikbare Nederlandse ziekenhuis, terwijl de afstand tot het dichtstbijzijnde beschikbare Duitse ziekenhuis in sommige gevallen korter is. Daarnaast is er op dit moment geen duidelijk inzicht in de voorkeur van de inwoners van deze regio's voor de locatie van het ziekenhuis. Dit onderzoek heeft als doel om de voorkeur en de factoren, die voor de grensbewoners belangrijk zijn bij deze voorkeur, inzichtelijk te maken.

Methode: Er werden semigestructureerde individuele interviews en groepsinterviews afgenomen bij inwoners uit de gemeenten Dinkelland en Winterswijk. Deze interviews duurden gemiddeld 25 minuten en werden afgenomen bij de respondenten thuis of in een afgesloten ruimte binnen de organisatie waar zij op dat moment aanwezig waren. Het analyseren van de data gebeurde daarnaast aan de hand van een kwalitatieve analysebenadering met als doel het theoretisch kader te valideren en uit te breiden.

Resultaten: Uit de interviews is gebleken dat de onwetendheid, over de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor Nederlanders, vaak doorslaggevend is bij de voorkeur die de grensbewoners in eerste instantie uitspreken. De uiteindelijke voorkeur ging daarnaast vaak uit naar het snelst bereikbare ziekenhuis, waarbij de tijdsduur tot de behandeling als de doorslaggevende factor werd aangegeven. Ook kwam naar voren dat de perceptie van de verwijzer belangrijk is. Veel respondenten gaven aan dat hun eigen voorkeur in een acute situatie ondergeschikt is aan de voorkeur van de verwijzer, omdat zij vertrouwen hebben in datgene wat de verwijzer beslist.

Discussie: De onwetendheid over de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor Nederlanders, beïnvloedt de voorkeur voor het Duitse ziekenhuis momenteel negatief. De invloed van deze factor kan grotendeels weggenomen worden door de informatievoorziening naar de grensbewoners over de grensoverschrijdende behandelopties te verbeteren. Uit de resultaten, over het belang van de voorkeur van de verwijzer, kan daarnaast worden geconcludeerd dat de verwijzers in een acute situatie kunnen kiezen voor het ziekenhuis dat volgens hen op dat moment de beste keuze is. Verder is het van belang om vervolgonderzoek uit te voeren naar de percepties van ervaringsdeskundigen over de kwaliteit van de grensoverschrijdende behandelingen. Bij verder onderzoek naar patiëntvoorkeuren en de factoren die invloed hebben op de voorkeur, zullen individuele interviews of vragenlijsten een goede optie zijn. Ten slotte zullen groepsinterviews een goede optie zijn bij vervolgonderzoek naar de verschillende overtuigingen en argumenten achter het belang van bepaalde factoren bij de voorkeur.

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader	6
2.1 Grensoverschrijdende behandelingen.....	6
2.2 Factoren die invloed hebben op de voorkeur voor een ziekenhuis.....	7
2.3 Model van Bekker	9
2.4 Patiëntgerichte zorg	10
3. Methode	11
3.1 Onderzoekspopulatie.....	11
3.2 Dataverzameling	12
3.3 Data-analyse.....	13
3.4 Ethische beschouwing	14
4. Resultaten.....	15
4.1 De toegankelijkheid van het ziekenhuis	16
4.2 De kwaliteit van zorg	19
4.3 Het taal- en cultuurverschil tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen	22
4.4 De kosten van de behandeling.....	24
4.5 De onbekendheid van de zorg in Duitsland.....	25
4.6 Het verwijsproces	25
4.7 Welke factoren bepalen de voorkeur voor het ziekenhuis?.....	25
5. Discussie	30
Bronnen	35
Bijlage 1 – Interviewschema's	37
Bijlage 2 – Codeboek.....	43
Bijlage 3 – Overzicht belangrijkste uitkomsten per respondent.....	52

1. Inleiding

In de behandeling van patiënten met een acuut myocardinfarct beïnvloedt elke minuut vertraging de 1-jaars mortaliteit van de patiënt negatief [1]. Elke 30 minuten vertraging verhoogt het risico op sterfte binnen één jaar met 7,5%. Ook bij de behandeling van een beroerte is bewezen dat hoe sneller de behandeling start, hoe gunstiger de gezondheidsuitkomsten zullen zijn voor de patiënt [2]. De kans op een gunstige neurologische status, drie maanden na de beroerte, neemt toe naarmate de tijd tot de aanvang van de behandeling afneemt. Voor beide aandoeningen geldt dus dat een zo snel mogelijke start van een behandeling, na de eerste verschijnselen van de aandoeningen, van belang is. Het blijkt echter dat patiënten met een acute zorgvraag, wonende in het EUREGIO-gebied, momenteel voornamelijk worden opgenomen in het dichtstbijzijnde beschikbare Nederlandse ziekenhuis, terwijl de afstand tot het dichtstbijzijnde beschikbare Duitse ziekenhuis in sommige gevallen korter is [3].

In dit onderzoek wordt de focus gelegd op twee grensoverschrijdende samenwerkingen die onlangs zijn ontwikkeld in het PREpare-project (“Pilot Region for Cross-border Emergency Care and Crisis Preparedness in the EUREGIO”) door Acute Zorg Euregio. De eerste samenwerking is bedoeld voor de patiënten met een verdenking op een beroerte, wonende in een gedeelte van de gemeente Dinkelland. De tweede samenwerking is bedoeld voor de patiënten met een infarct van het Myocard (hartspier) met ST-Elevatie (STEMI hartinfarct), wonende in de Oost-Achterhoek [4].

Uit de evaluaties over de samenwerking met de EUREGIO-KLINIK in Nordhorn kwam naar voren dat er in 2016, uit het Nederlandse gebied van waaruit tijdswinst kan worden behaald, slechts twee gevallen, van de 32 acute zorgvragen met een verdenking op een beroerte, daadwerkelijk naar de EUREGIO-KLINIK zijn vervoerd [3]. In de evaluaties werd door de samenwerkingspartners aangegeven dat een aantal factoren invloed hebben op het wel of niet verwijzen naar een Duits ziekenhuis. Met name factoren als onwetendheid, gebrek aan routine in verband met kleine aantallen en taal- en cultuurverschillen werden aangegeven als de factoren die ervoor zorgen dat verwijzers, momenteel huisartsen of ambulanceverpleegkundigen, kiezen voor een Nederlands ziekenhuis. In een gesprek met een huisarts uit Weerselo werd de invloed van deze factoren bevestigd (persoonlijke communicatie, 28 maart 2019). De arts voegde hier nog aan toe dat er bij de verwijzers onder andere verwarring bestaat over de nazorg in verband met verschillen tussen het Duitse en Nederlandse MRSA-beleid en over verschillen tussen Duitse en Nederlandse medicijnen. Naar aanleiding van de factoren die bij de evaluaties aan het licht zijn gekomen, zijn er informatiematerialen verspreid onder de Nederlandse huisartsen en is er begonnen met het plannen van praktijkbezoeken aan de EUREGIO-KLINIK voor de huisartsen en voor het Nederlandse ambulancepersoneel. Deze pogingen hebben er helaas nog niet voor gezorgd dat het aantal spoedritten naar de EUREGIO-KLINIK is verhoogd [4]. In tegenstelling tot de samenwerking met de EUREGIO-KLINIK in Nordhorn, wordt er regelmatig gebruik gemaakt van de

grensoverschrijdende samenwerking met het St. Agnes-Hospital in Bocholt. Het is niet vastgesteld welke redenen het verschil in verwijzingen tussen de twee samenwerkingen beïnvloeden.

Een conclusie van het PREpare project is dat beide grensoverschrijdende samenwerkingen noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk behandeld kan worden. De samenwerkende partners zijn het hierover eens en de behoefte aan voortzetting onder de partners is dan ook aanwezig [4]. Bij de evaluaties van de samenwerkingen blijkt echter dat de patiënten, die eerder kunnen worden behandeld in de Duitse ziekenhuizen, ondanks deze overtuigingen, toch vaker terecht komen in verder gelegen Nederlandse ziekenhuizen [3]. In het PREpare-project werd uit deze bevindingen geconcludeerd dat het draagvlak bij de verwijzers, om te verwijzen naar Duitse ziekenhuizen, lager blijkt dan vooraf ingeschat. Daarnaast is er op dit moment geen inzicht in de voorkeuren van de inwoners uit het grensgebied voor de locatie van het ziekenhuis. Wanneer duidelijk is welke factoren een negatieve invloed hebben op de voorkeur voor een Duits ziekenhuis, dan kan Acute Zorg Euregio de invloed van deze factoren mogelijk wegnemen door de informatievoorziening naar de grensbewoners te verbeteren. Ook kan Acute Zorg Euregio de resultaten uit dit onderzoek naar de betrokken verwijzers communiceren. De verwijzers kunnen deze informatie vervolgens meenemen in hun keuze voor de locatie van het ziekenhuis [7].

Het doel van dit onderzoek is om een compleet beeld te krijgen van de factoren die voor de grensbewoners belangrijk zijn bij de voorkeur voor een ziekenhuis. Er wordt nagegaan in hoeverre de afstand tot de ziekenhuizen, de kwaliteit van de zorg, taal- en cultuurverschillen en kosten van de behandeling, de voorkeur beïnvloeden en welke eventuele overige factoren een invloed hebben. Daarbij wordt gekeken welke overtuigingen en argumenten de grensbewoners hebben voor het belang van de factoren. In dit onderzoek wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

“Welke factoren zijn van belang bij de voorkeur van Nederlandse inwoners uit het grensgebied voor een opname in een dichterbij gelegen Duits ziekenhuis in vergelijking met een verder gelegen Nederlands ziekenhuis in geval van een acute zorgvraag?”

De deelvragen hierbij zijn:

- Wat is de voorkeur voor het ziekenhuis?
- Welke factoren hebben invloed op de voorkeur?
 - De afstand tot het ziekenhuis;
 - De kwaliteit van de zorg;
 - Het taalverschil tussen Duitsland en Nederland;
 - Het cultuurverschil tussen Duitsland en Nederland;
 - De kosten van de behandeling.
- Welke overige factoren hebben invloed op de voorkeur?

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt er aandacht besteed aan de achtergrondinformatie die relevant is voor dit onderzoek. In het eerste gedeelte worden de twee grensoverschrijdende behandelingen en bijbehorende aandoeningen uitgediept die in dit onderzoek centraal staan. In het tweede gedeelte wordt er vervolgens uitgelegd welke factoren mogelijk de voorkeur voor de locatie van het ziekenhuis kunnen beïnvloeden. In het derde gedeelte wordt het model van Bekker nader toegelicht. Ten slotte wordt er dieper ingegaan op het concept van patiëntgerichte zorg.

2.1 Grensoverschrijdende behandelingen

In het PREpare-project van Acute Zorg Euregio is van april 2015 tot en met mei 2018 gewerkt aan de verbetering van grensoverschrijdende samenwerkingen in de Euregionale acute zorgverlening [4]. Onder een acute zorgvraag worden in dit onderzoek de zorgvragen bedoeld die vallen in de U1 urgentie klasse. De te verlenen actie wordt omschreven als: “Onmiddellijk actie, de vitale functies zijn in gevaar of uitstel van behandeling leidt tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid [8].” In het PREpare-project zijn een aantal samenwerkingen opgebouwd, waarvan er voor Nederlandse patiënten bij twee samenwerkingen een behandelmogelijkheid beschikbaar is in een Duits ziekenhuis.

De eerste samenwerking is bedoeld voor patiënten met een verdenking op een beroerte wonende in de gemeente Dinkelland. Zij kunnen sinds juni 2015 worden opgenomen in de EUREGIO-KLINIK in Nordhorn. Uit een evaluatie met de betrokkenen van de samenwerking bleek dat het gebied waarin daadwerkelijk tijdswinst kan worden behaald, slechts bestaat uit een aantal postcodes van de gemeente Dinkelland, namelijk 7634 Tilligte, 7591 Denekamp, 7635 Lattrop-B [3]. In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden door in de gemeente Dinkelland alleen respondenten te includeren uit deze postcodes.

De tweede samenwerking uit het PREpare-project is bedoeld voor patiënten met een STEMI hartinfarct in de Oost-Achterhoek. Zij kunnen worden vervoerd naar het St. Agnes-Hospital in Bocholt [9]. De samenwerking is op 1 april 2019 officieel van start gegaan en richt zich op de gehele gemeenten Aalten en Winterswijk. In dit onderzoek werden bij de inwoners uit de Oost-Achterhoek om deze reden alleen de respondenten geïnccludeerd, die woonachtig zijn in deze gemeenten.

2.1.1 CVA

Het begrip “beroerte” is de verzamelnaam voor een TIA (Transient Ischemic Attack), herseninfarct en hersenbloeding en wordt ook wel Cerebro Vasculair Accident (CVA) genoemd [10]. Bij een CVA is er een indicatie voor U1-urgentie als uitvalsverschijnselen korter dan 4,5 uur geleden ontstaan. Deze uitvalsverschijnselen kunnen worden vastgesteld door middel van een Face-Arm-Speech-Time-test

(FAST-test). Deze test houdt in dat er sprake is van een beroerte met een U1-urgentie als de patiënt een van de drie opdrachten uit de test niet goed kan uitvoeren (scheve mond, beperkte beweging van armen of onduidelijke spraak) [6].

De prevalentie van een beroerte neemt exponentieel toe met de leeftijd. Dit is ook te zien in een vergelijking van de prevalentie van een beroerte naar leeftijd en geslacht (zie figuur 1). De aandoening komt daarnaast relatief weinig voor bij personen jonger dan 50 jaar [10].

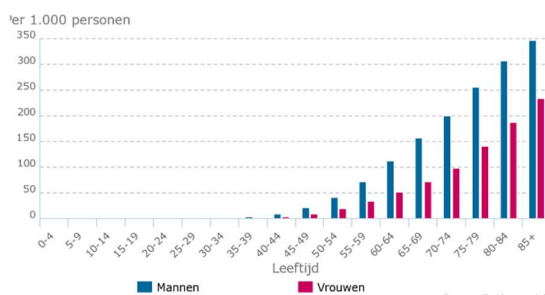


Figuur 1: Jaarprevalentie beroerte 2017 naar leeftijd en geslacht [10].

2.1.2 STEMI hartinfarct

Coronaire hartziekten worden onderverdeeld in acute (hartinfarct of myocardinfarct) en chronische (angina pectoris) hartziekten/vormen [11]. Bij een hartinfarct is er vaak sprake van een hevige en lang aanhoudende pijn in de borststreek, wat gepaard kan gaan met misselijkheid en zweten. Door middel van een hartfilmpje, ofwel ECG, kan worden vastgesteld of er in geval van een acute situatie sprake is van een Myocard met ST-Elevatie (STEMI hartinfarct) of een non-STEMI hartinfarct. Het hartfilmpje kan in de ambulance worden gemaakt. In geval van een STEMI hartinfarct is er sprake van een U1 urgentie, waarbij de patiënt dus zo snel mogelijk een behandeling moet ondergaan. Er is op dat moment namelijk sprake van een groter hartinfarct, waarbij een bloedstolsel of een stuk atherosclerotische plaque een kransslagader afsluit.

De prevalentie van coronaire hartziekten neemt, net zoals bij een CVA, exponentieel toe met de leeftijd (zie figuur 2). Ook deze aandoeningen komen relatief weinig voor bij personen onder de 50 jaar [11]. In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden, door alleen respondenten te selecteren die 50 jaar of ouder zijn. Deze personen hebben een



Figuur 2: Jaarprevalentie coronaire hartziekten 2017 naar leeftijd en geslacht [11].

verhoogd risico op de aandoeningen en daardoor is er een grotere waarschijnlijkheid om in de nabije toekomst in aanraking te komen met een grensoverschrijdende behandeling.

2.2 Factoren die invloed hebben op de voorkeur voor een ziekenhuis

In de literatuur zijn er reeds factoren geïdentificeerd die de voorkeur van patiënten beïnvloeden voor een ziekenhuis. Deze factoren zijn bij de dataverzameling als basis gebruikt, waarbij de invloed van deze

factoren op de voorkeur van het ziekenhuis in de grensoverschrijdende acute situatie, tijdens de interviews inzichtelijk gemaakt kon worden [12][13].

2.2.1 De afstand tot het ziekenhuis

De afstand tot het ziekenhuis heeft de grootste invloed op de tijd tot de start van de behandeling. Bij een acute situatie is dit van belang, omdat de tijd tot de start van de behandeling cruciaal is om zo gunstig mogelijke gezondheidsuitkomsten te bereiken [1][2]. Over het algemeen geven patiënten met een acute zorgvraag de voorkeur aan het ziekenhuis dat het dichtst bij is [12].

Een andere reden waarom patiënten over het algemeen zo dicht mogelijk bij huis willen worden opgenomen, is omdat ze makkelijker bezoek kunnen ontvangen van familieleden of vrienden [13].

2.2.2 De kwaliteit van de zorg

Donabedian onderscheidde drie soorten indicatoren die samen de kwaliteit van zorg kunnen meten, namelijk: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren [16]. Structuurindicatoren geven informatie over de organisatorische randvoorwaarden, zoals het opleidingsniveau van het personeel en de aanwezigheid van faciliteiten en financiële middelen. Procesindicatoren geven een indicatie over alle onderdelen die het handelen van de zorgverlener inhouden. Uitkomstindicatoren meten het resultaat van de zorgverlening, zoals het welzijn en de tevredenheid van de patiënt. Uitkomstindicatoren zijn de meest valide indicatoren voor het meten van de effectiviteit en kwaliteit van medische zorg en worden daarnaast door patiënten gemiddeld vier keer belangrijker gevonden dan procesindicatoren [15][17].

De kwaliteit van zorg is een moeilijk te definiëren begrip, maar werd door Donabedian gedefinieerd als: “De mate van overeenkomst tussen wenselijke en feitelijke zorg” [16]. De kwaliteit van zorg wordt vaak als een subjectief begrip gezien, doordat het alle verwachtingen kan omvatten die iemand heeft over de zorg. Echter is de kwaliteit van zorg meestal een weerspiegeling van de waarden en doelen die gelden in het medische zorgstelsel en in de grotere samenleving waarvan het deel uitmaakt [15].

Volgens de literatuur associëren patiënten verschillende aspecten met de kwaliteit van de zorg [12][13][14][15][16]. In een onderzoek onder patiënten uit Noordwest Europese landen, werd aangetoond dat patiënten over het algemeen de voorkeur geven aan schone ziekenhuizen waarin complexe, hoogwaardige zorg wordt aangeboden [12]. In een studie onder Engelse patiënten werd aangetoond dat patiënten, naast de medische kwaliteit van de aangeboden behandeling, ook waarde hechten aan de netheid en faciliteiten van het ziekenhuis, de organisatie en communicatie binnen het ziekenhuis en de vriendelijkheid van het personeel [14].

Bureau Acute Zorg Euregio heeft vastgesteld dat de behandelingen in de Duitse ziekenhuizen voldoen aan de Nederlandse medisch inhoudelijke kwaliteitseisen [4]. Dit omvat echter niet alle

aspecten die de tevredenheid van de patiënt over de algehele kwaliteit van de zorg kunnen beïnvloeden [16][15]. In de interviews is hier rekening mee gehouden door de respondenten de ruimte te geven om aan te geven welke aspecten zij associëren met de kwaliteit van zorg en welke hierbij van belang zijn bij de voorkeur voor een ziekenhuis.

2.2.3 Het taal- en cultuurverschil

Over het algemeen geven patiënten de voorkeur aan een zorgverlener met een vriendelijke en begripvolle communicatiestijl, die kan luisteren naar de patiënt [12]. Patiënten willen het liefst worden behandeld door zorgverleners die hun taal spreken [13]. Wanneer een Nederlandse patiënt wordt opgenomen in een Duits ziekenhuis, komt het regelmatig voor dat er een Nederlandssprekende arts aanwezig is. Op deze manier kan er worden gecommuniceerd met de patiënt.

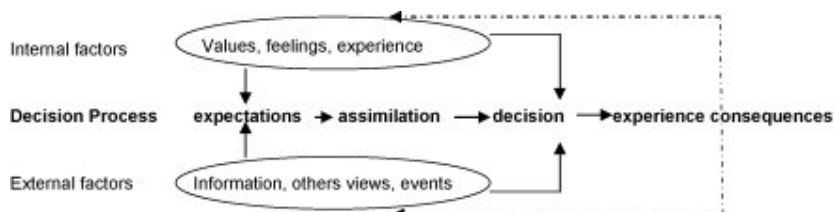
Daarnaast geldt dat patiënten zich in geval van ziekte en kwetsbaarheid vertrouwd willen voelen bij een systeem en de zorgverleners. Patiënten hebben het liefst dat de zorgverleners dezelfde culturele benadering hebben van de gezondheidszorg [13].

2.2.4 De kosten van de behandeling

De kosten van de behandeling hebben invloed op de keuze voor een ziekenhuis, wanneer de behandeling niet wordt verzekerd en de patiënt zelf moet betalen voor de zorg [12]. In de richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad staat dat het EU-land van waaruit de patiënt afkomstig is, moet zorgen dat de kosten van de geleverde behandeling vergoed worden [18]. Bureau Acute Zorg Euregio heeft daarnaast afspraken gemaakt met Menzis en er daarmee voor gezorgd dat de grensoverschrijdende behandelingen volledig worden vergoed door de verzekering [4].

2.3 Model van Bekker

Volgens Bekker is het maken van beslissingen een actief proces, waarbij bestaande kennis uit verschillende externe bronnen, samen met de bestaande gevoelens en gedachten wordt omgezet in de uiteindelijke beslissing (zie figuur 3)[19].



Figuur 3 Beslissingsmodel door Bekker [19].

Mensen maken over het algemeen ongeveer op dezelfde manier een beslissing. Dit doen zij door externe informatie te selecteren en op basis daarvan een mentale representatie van de

beslissingscontext te creëren. Mensen evalueren deze mentale representatie bij het maken van beslissingen en dus niet de informatie die zij in eerste instantie aangereikt hebben gekregen [19].

In een onderzoek naar de manier waarop patiënten een keuze maken voor een ziekenhuis, kwam naar voren dat patiënten bij het maken van een keuze, vertrouwden op hun eigen ervaring, die van vrienden en familie of het advies van hun huisarts [14]. In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden door de ervaringen van de respondenten te associëren met de overtuigingen en argumenten die een respondent heeft over het belang van een factor bij de voorkeur.

2.4 Patiëntgerichte zorg

Naast de expertise van de verwijzer en de uitkomsten van onderzoek, worden patiëntvoorkeuren genoemd als één van de drie pijlers van Evidence Based Practice (EBP) [20][21][22]. Dit betekent dat in theorie de verwijzer een besluit maakt op grond van de beste onderzoeksresultaten, de eigen kennis en ervaring en de voorkeur van de patiënt. In een meerjarig onderzoek onder patiënten en hun families, werd “respect voor de waarden, voorkeuren en behoeften van de patiënt” als het belangrijkste karakteristiek van de zorg ervaren vanuit het perspectief van de patiënten [23].

In een acute situatie is de patiënt echter over het algemeen niet in staat om de voorkeur uit te drukken. In geval van een CVA met een U1-urgentie, komt het namelijk vaak voor dat de patiënt uitvallingsverschijnselen vertoont of dat er sprake is van een verlaagd bewust [6]. In geval van een hartinfarct is er vaak sprake van hevige en lang aanhoudende pijn [5]. In deze situaties kan worden verondersteld dat de patiënt niet in staat is om helder na te denken en bewust mee te kunnen beslissen in de keuze van het ziekenhuis.

Desondanks kan het wel van waarde zijn om de factoren inzichtelijk te maken die voor de inwoners uit het grensgebied belangrijk zijn. Deze informatie kan de verwijzer meenemen, wanneer hij in de toekomst mogelijk een keuze moet maken voor een ziekenhuis en wanneer de patiënt hier zelf niet meer rationeel over mee kan denken [7].

3. Methode

Dit onderzoek is kwalitatief, beschrijvend van aard. Het onderzoeksprobleem was de onduidelijkheid over de voorkeur van de inwoners uit het grensgebied voor de locatie van het ziekenhuis en over de factoren die invloed hebben op deze voorkeur. De gegevens zijn door middel van semigestructureerde individuele en groepsinterviews verzameld.

3.1 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen twee subgroepen, namelijk de twee groepen inwoners waarvoor grensoverschrijdende samenwerkingen zijn ontwikkeld. De eerste samenwerking is bedoeld voor de inwoners van een gedeelte van de gemeente Dinkelland. De tweede samenwerking is bedoeld voor de inwoners van de Oost-Achterhoek. De volgende inclusiecriteria waren opgesteld:

- De respondent is ouder dan 50 jaar;
- De respondent woont in een gedeelte van de gemeente Dinkelland (postcodes 7634 (Tiligte), 7591 (Denekamp) of 7635 (Lattrop-B)) of in de gemeenten Aalten of Winterswijk.

Er is gekozen om de personen te selecteren die in de toekomst mogelijk in aanraking komen met de grensoverschrijdende samenwerkingen, in plaats van de personen die daadwerkelijk in aanmerking zijn gekomen met de grensoverschrijdende samenwerkingen (ervaringsdeskundigen). In verband met het korte tijdsbestek was het namelijk de verwachting dat er uit de eerste groep voldoende mensen konden worden geïncludeerd voor het onderzoek. In interviews met ervaringsdeskundigen, die naar een Nederlands ziekenhuis zijn gebracht, zou het daarnaast ethisch niet te verantwoorden zijn wanneer duidelijk zou worden dat eventueel opgelopen gezondheidsschade beperkt(er) had kunnen zijn bij vervoer naar een Duits ziekenhuis. Het volgende exclusiecriteria werd opgesteld:

- De respondent heeft niet zelf al eens een beroerte of STEMI hartinfarct gehad.

Het werven van de respondenten heeft vooral plaatsgevonden op plekken waar doorgaans veel mensen samenkomen die aan de inclusiecriteria voldoen. In de eerste plaats is dit gebeurd op openbare plekken. Er zijn op twee dagen mensen benaderd op de markt, waarvan één dag op de markt van Denekamp en één dag op de markt van Winterswijk. Daarnaast zijn er organisaties benaderd waarbij er toestemming werd gevraagd om op deze plekken mensen te benaderen voor het onderzoek. Deze organisaties bevonden zich allemaal in de gemeenten Dinkelland, Aalten en Winterswijk. Er is onder andere contact opgenomen met de gemeentehuizen, de buurthuizen, een aantal sportverenigingen, sportcentra, bridgeclubs en nog een aantal organisaties die activiteiten organiseren voor 50-plussers. Bij het daadwerkelijke werven van de respondenten werd er in eerste instantie vastgesteld of de persoon aan de inclusie en exclusiecriteria voldeed. Wanneer dit het geval was, werd er een korte, maar

volledige uitleg gegeven over het onderzoek en werd er gevraagd of de persoon open stond om deel te nemen aan het onderzoek. Er is besloten te stoppen met het verzamelen van respondenten, op het moment waarop saturatie plaatsvond.

3.2 Dataverzameling

De hoofdreden om te kiezen voor kwalitatief onderzoek is omdat dit soort onderzoek kan worden ingezet om de factoren in kaart te brengen, die invloed hebben op de voorkeur van de grensbewoners, maar waar van tevoren niet aan werd gedacht. Daarnaast kan er in kwalitatief onderzoek worden achterhaald in hoeverre de overtuigingen en argumenten van respondenten zijn gebaseerd op interne of externe factoren en of deze tot stand zijn gekomen door een rationele of emotionele manier van denken. Een ander voordeel van kwalitatief onderzoek is dat wanneer percepties niet overeenkomen met de werkelijkheid, deze kunnen worden bijgesteld, om op deze manier te bekijken of de respondent hierna anders denkt over de situatie, zodat er nog meer informatie kan worden verzameld over de argumenten achter de voorkeur voor een ziekenhuis [24][25].

In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt semigestructureerde, individuele interviews en groepsinterviews. In bijlage 1 zijn de interviewschema's te vinden voor de inwoners uit de gemeente Dinkelland en voor de inwoners uit de regio Oost-Achterhoek. In de individuele interviews kon veel tijd worden geschonken aan een respondent, waardoor gedetailleerde informatie kon worden verzameld. Zo was er voldoende tijd om erachter te komen welke overtuigingen de respondenten hadden over het belang van de factoren die hun voorkeur voor het ziekenhuis beïnvloedden. Doordat de interviews met een groep niet als zodanig waren voorbereid en er daarnaast per respondent minder tijd was in vergelijking met het individuele interview, werden niet alle overtuigingen van elke respondent apart ter sprake gebracht. De sprekers konden in de groepsinterviews op elkaar reageren wanneer zij een afwijkende overtuiging hadden over de factoren die de voorkeur voor een ziekenhuis beïnvloedden. Hierdoor stimuleerden de respondenten elkaar om dieper in te gaan op de invloed van deze factoren. Ook ontstonden er meer verschillende overtuigingen en argumenten dan in de individuele interviews.

Er is gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen, zodat de factoren die de voorkeur mogelijk beïnvloeden en die in het literatuuronderzoek reeds geïdentificeerd werden, als basis konden dienen bij het inzichtelijk maken van het complete beeld van factoren die in de acute grensoverschrijdende situatie de voorkeur beïnvloeden [12][13]. Om aan het einde van de dataverzameling een compleet beeld van de factoren te krijgen, was er gedurende het interview voldoende ruimte voor de respondent om aanvullingen te geven op de ter sprake gebrachte factoren. Op deze manier kon de respondent zijn of haar overtuigingen en argumenten geven over het belang van de factoren en eventuele aanvullende factoren die in de grensoverschrijdende acute situatie een invloed hebben op de voorkeur.

3.3 Data-analyse

De interviews werden opgenomen, waarna ze werden getranscribeerd, geanonimiseerd en geanalyseerd. Bij het transcriberen van de opgenomen interviews werd tegelijkertijd alle data geanonimiseerd door alle informatie te verwijderen die, direct of indirect, de respondenten kan identificeren. Het analyseren van de data vond plaats in het programma ATLAS.ti, zodat de data in één overzichtelijke omgeving kon worden bijgehouden. Het analyseren van de data gebeurde daarnaast aan de hand van de zogenoemde directed content analysis (DCA). Dit is een kwalitatieve analysebenadering waarin deductie een grote(re) rol speelt dan inductie en waarbij het doel is om het theoretisch kader te valideren of uit te breiden [28][29].

Deductieve theoretische concepten werden bij het verzamelen van de data als uitgangspunt genomen. Van deze concepten zijn vóór de dataverzameling al codes ontworpen. In het codeboek, te vinden in bijlage 2, zijn deze codes bij “type” gemarkeerd als “deductief”. Gedurende de deductieve analyse van de interviews, werden deze codes in sommige gevallen nog verfijnd. Doordat de deductieve theorieën niet zijn gericht op de acute grensoverschrijdende situatie, is deze informatie tijdens de analyse door middel van nieuwe inzichten, inductief aangevuld. De fragmenten die niet deductief gecodeerd konden worden, maar wel van belang waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen werden inductief gecodeerd. Voor deze data zijn tijdens de analyse nieuwe codes ontworpen. Deze codes zijn in het codeboek bij “type” gemarkeerd als “inductief”.

De inductieve analyse van de data gebeurde daarnaast in een aantal stappen, namelijk: het open coderen, het axiaal coderen en het selectief coderen. Nadat alle fragmenten open gecodeerd waren, is er gekeken naar overkoepelende codes. Uiteindelijk zijn er een aantal nieuwe hoofdcategorieën tot stand gekomen. In de laatste stap is er onder andere bij de inductieve codes gekeken of deze pasten bij de factoren die van tevoren al bekend waren. Wanneer dit het geval was, werden deze codes toegevoegd aan de al bekende hoofdcategorieën, ofwel in hoofdstuk 3 “factoren” in het codeboek. De codes waarbij dit niet het geval was, werden onderverdeeld in de hoofdcategorieën die terug te vinden zijn in hoofdstuk 4 “overige factoren” in het codeboek. Er waren ook codes die bij meerdere hoofdcategorieën ingedeeld konden worden.

Met de data die gekoppeld werd aan de deductieve codes kon uiteindelijk het al bekende theoretisch kader worden getoetst. Met de data die werd gekoppeld aan de inductieve codes konden nieuwe inzichten en theorieën worden vergaard. De informatie die op deze manier is verkregen, kon ten slotte een antwoord geven op de deelvragen en uiteindelijk op de onderzoeksvraag.

3.4 Ethische beschouwing

Er werd gedurende het onderzoek rekening gehouden met de volgende ethische aspecten: instemming, vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid en anonimiteit. Dit werd gedaan door een potentiële respondent vooraf volledig op de hoogte te brengen van het onderzoek, voordat hij of zij toestemming gaf om mee te doen aan het onderzoek. Dit hield in dat de onderzoeksdoelen werden medegedeeld en dat er werd aangegeven op welke manier er rekening wordt gehouden met anonimiteit en vertrouwelijkheid van de informatie over de respondent en dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is. Daarnaast werd het onderzoeksvoorstel beoordeeld door de ethische commissie voor Behavioural, Management and Social sciences (BMS). Dit werd gedaan om te toetsen of het onderzoek op een ethisch verantwoorde wijze zou worden uitgevoerd.

4. Resultaten

In totaal hebben negentien respondenten deelgenomen aan het onderzoek. Er werd bij negen respondenten een individueel interview afgenomen en bij tien respondenten een groepsinterview. Twaalf respondenten waren afkomstig uit de gemeente Dinkelland, waarbij er bij zes respondenten een individueel interview werd afgenomen en waarbij er bij zes respondenten een groepsinterview werd afgenomen. Daarnaast waren er zeven respondenten afkomstig uit de Oost-Achterhoek, waarbij er bij drie respondenten een individueel interview werd afgenomen en waarbij er bij vier respondenten een groepsinterview werd afgenomen. Deze respondenten waren allen afkomstig uit de gemeente Winterswijk. De respondenten hadden een leeftijd tussen de 50 en 84 jaar. Van de negentien respondenten waren er achttien vrouwen en één man. Een overzicht van de persoonskenmerken van de respondenten is te zien in tabel 1. Een overzicht van de belangrijkste uitkomsten per respondent is te vinden in bijlage 3.

De individuele interviews werden allen afgenomen bij de respondenten thuis. De groepsinterviews werden afgenomen in een afgesloten ruimte bij de organisatie waar zij allen op dat moment aanwezig waren. De interviews duurden gemiddeld 25 minuten. Alle respondenten hadden daarnaast toestemming gegeven voor het opnemen van het interview. De transcripten van de interviews zijn te vinden in bijlage 4. De informed consent formulieren van de individuele interviews zijn daarnaast te vinden in bijlage 5. De respondenten die hebben deelgenomen aan het groepsinterview gaven mondelinge toestemming voor de deelname aan het onderzoek.

Tabel 1: Persoonskenmerken per respondent

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Woonplaats
1	V	80	Denekamp
2	V	50	Oldenzaal, altijd in Tilligte gewoond
3	V	54	Denekamp
4	V	84	Winterswijk
5	M	84	Winterswijk
6	V	56	Tilligte
7	V	58	Tilligte
8	V	56	Tilligte
9	V	65	Winterswijk
G1	6V	55-75	Denekamp
G2	4V	55-75	Winterswijk

4.1 De toegankelijkheid van het ziekenhuis

In dit onderdeel worden de percepties van de respondenten besproken ten aanzien van de mogelijkheid tot verwijzen naar, de afstand tot, en de bereikbaarheid van het Duitse ziekenhuis, ten opzichte van het Nederlandse ziekenhuis. Er is gekozen om de percepties van de respondenten uit Winterswijk te scheiden van de percepties van respondenten uit Dinkelland, omdat deze per regio verschillen.

4.1.1 De toegankelijkheid van het Nederlandse ziekenhuis vanuit de gemeente Winterswijk

Alle respondenten uit de omgeving Winterswijk gaven aan dat het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) in Winterswijk het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis is. Alle respondenten waren op de hoogte van het feit dat de behandeling van het STEMI hartinfarct in dit ziekenhuis niet mogelijk is.

Respondent 9 zei hierover:

“Nou ik weet wel dat als mensen doorgestuurd worden naar Enschede als er echt moet worden ingegrepen, als mensen een omleiding moeten krijgen of ik denk zelfs dat, als er een stent geplaatst wordt, want dat is toevallig mijn man laatst overkomen. Dan moet je ook naar Enschede, naar het MST, want dat doen ze in Winterswijk niet.”

In alle interviews werd het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede genoemd als het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Nederland waar zij naartoe kunnen met een hartinfarct. Daarnaast werd in één van deze interviews het Slingeland Ziekenhuis en Gelre ziekenhuizen nog genoemd als aanvullende, verder gelegen opties. In één ander interview werd het Radboud umc nog genoemd als een aanvullende, verder gelegen optie.

In twee van de vier interviews, bij respondenten uit Winterswijk, kwam naar voren dat de geïnterviewden positief waren over de bereikbaarheid van het MST in Enschede. Respondent 9 gaf aan:

“Omdat, vanwege de nieuwe weg, afstanden echt wel ontzettend schelen. Wij rijden nog wel eens richting Enschede en je bent binnen de kortste keren aan de rand dus, ja.”

In groepsinterview 2 vertelde een spreker:

“Maar ook de weg daarnaartoe. Een makkelijke weg. Mooie brede ruime weg.”

4.1.2 De toegankelijkheid van het Duitse ziekenhuis vanuit de gemeente Winterswijk

Alle respondenten uit de gemeente Winterswijk gaven aan dat het ziekenhuis in Bocholt het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis is voor de behandeling van een hartinfarct. In één van de vier interviews, bij respondenten uit Winterswijk, werden het St. Marien-Krankenhaus in Ahaus en Vreden en het Ärztehaus in Velen nog genoemd als optionele, verder gelegen ziekenhuizen.

In twee van de vier interviews, bij respondenten uit Winterswijk, werd daarnaast aangegeven dat zij denken dat het ziekenhuis in Bocholt het dichtstbijzijnde geschikte ziekenhuis is voor de behandeling van een hartinfarct. Eén geïnterviewde gaf in eerste instantie aan, niet zeker te weten of in Bocholt de behandeling van het hartinfarct wordt aangeboden. In de overige twee interviews kwam niet ter sprake wat het dichtstbijzijnde geschikte ziekenhuis is voor de behandeling van een hartinfarct.

De perceptie over de bereikbaarheid van het ziekenhuis in Bocholt vanuit Winterswijk is negatief. In drie van de vier interviews, bij respondenten uit Winterswijk, kwam naar voren dat de ambulance via Aalten naar Bocholt moet rijden, met name vanwege de bochten in en de slechte staat van de kortste weg naar het ziekenhuis in Bocholt. De respondenten verwachten dat de ambulance deze route niet zal nemen, en in plaats daarvan zal omrijden. Respondent 9 zei hierover:

“En ik denk, hoe ze naar Bocholt moeten rijden, dat is niet echt heel erg snel volgens mij. Dat valt tegen, omdat als je van deze kant komt, dan is het ziekenhuis wel aan de andere kant van Bocholt, niet aan onze kant zeg maar. Als je van de kant van Aalten komt.”

Over de kortste weg naar het ziekenhuis, over het buurtschap Woold, zei dezelfde respondent:

“Over het Woold binnendoor, nou dat is helemaal verschrikkelijk. [...] Heel bochtig en heel veel bomen en, ja daar mag je nu officieel 60, maar ik bedoel, ik denk niet dat de ambulance daar 100 haalt. Denk ik niet.”

In groep 2 werd over de weg het volgende nog gezegd:

“Ja, het is een B-weg. [...] Het is klein, smal, hobbelige weg.”

4.1.3 Het snelst bereikbare ziekenhuis vanuit de gemeente Winterswijk

In twee van de vier interviews, bij respondenten uit Winterswijk, werd de overtuiging uitgesproken dat het ziekenhuis in Bocholt niet sneller te bereiken is in vergelijking met het MST in Enschede. De argumenten hiervoor waren de slechte bereikbaarheid van het ziekenhuis in Bocholt en de goede bereikbaarheid van het ziekenhuis in Enschede.

Daarnaast kwam in één van deze interviews, het groepsinterviews met respondenten uit Winterswijk, nog naar voren dat zij wel vaak horen dat de inwoners van Dinxperlo regelmatig naar het ziekenhuis in Bocholt gaan, in tegenstelling tot de inwoners van Winterswijk. De groep gaf hiervoor als argument dat de plaats Dinxperlo *“helemaal aan de grens ligt”* en het ziekenhuis in Bocholt daardoor *“vrij dichtbij is”*.

In één van de overige twee interviews gaf de respondent aan dat hij wel verwacht dat het ziekenhuis in Bocholt sneller te bereiken is, in vergelijking met het ziekenhuis in Enschede, ondanks dat de ambulance via Aalten naar Bocholt moet rijden. Hij gaf daarnaast wel aan dat hij de weg naar het ziekenhuis in Enschede niet precies weet. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat hij niet afweet van de nieuwe weg en de tijdsduur van vervoer naar het MST. In het overige interview deed de respondent geen uitspraken over het snelst bereikbare ziekenhuis.

4.1.4 De toegankelijkheid van de Nederlandse ziekenhuizen vanuit de gemeente Dinkelland

Alle respondenten uit de gemeente Dinkelland noemden het MST en/of Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo als de dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuizen. In één van deze interviews werd tevens het ZGT in Hengelo genoemd.

De perceptie over de bereikbaarheid van het ziekenhuis in MST vanuit Dinkelland is negatief. In zes van de zeven interviews, bij respondenten uit Dinkelland, waren de respondenten negatief over de ligging van het ziekenhuis midden in de stad, de drukte op en de kenmerken van de weg richting het ziekenhuis. In groep 1 werd gezegd:

“Qua verkeer denk ik ook, want het is heel lastig om van Denekamp naar Enschede te gaan. Ik heb het zelf meegemaakt met mijn man en hoe vaak wij hebben moeten stoppen op al die rotondes, vreselijk!”

Respondent 2 gaf aan:

“Het is alleen voor de Tilligtenaren, opzich als jij naar Enschede rijdt, is het verkeer, dus de aanloop daarnaartoe het verkeer is enorm druk daar.”

Respondent 7 gaf aan:

“... want door Enschede, je moet wel door de binnenstad hè. En alle stoplichten. Ja of je moet met sirenes, ja dan mag je een beetje voor, maar anders.”

In het overige interview kwam de bereikbaarheid van het MST in Enschede niet ter sprake.

De respondenten uit Dinkelland waren daarentegen wel positief over de bereikbaarheid van het ZGT in Almelo. In drie van de zeven interviews, bij respondenten uit Dinkelland, werd benoemd dat er over deze weg makkelijker te rijden is in vergelijking met over de weg naar het MST in Enschede.

Respondent 2 zei hierover:

“Het is alleen, naar Almelo ga je over een B-weg. Dat rijdt wat rustiger, ...”

In de overige interviews kwam de bereikbaarheid van het ZGT in Almelo niet ter sprake.

4.1.5 De toegankelijkheid van het Duitse ziekenhuis vanuit de gemeente Dinkelland

Op één respondent na, wisten alle respondenten uit Dinkelland dat het ziekenhuis in Nordhorn het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis is voor de behandeling van een beroerte. In drie van de zeven interviews, bij inwoners uit Dinkelland, werd de afstand tot het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis ongeveer gelijk ingeschat als de afstand tot het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis. In de overige vier interviews gaven de respondenten aan dat de afstand tot het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis korter is.

In één van de zeven interviews, bij respondenten uit Dinkelland, werd een ziekenhuis in Bentheim genoemd als een eventuele verder gelegen optie. In vier interviews werd daarnaast aangegeven dat zij niet wisten waar het ziekenhuis in Nordhorn zich precies bevindt. In één interview kwam naar voren dat de respondent zich nooit had bedacht dat de behandeling van een beroerte ook kan worden verricht in het ziekenhuis in Nordhorn. Respondent 2 zei hierover:

“Nee, oh nee, ik zou daar niet eens aan denken. [...] Terwijl je voor andere dingen ga je wel naar Nordhorn heen. [...] Ja, maar die link hebben wij nooit gelegd. Tenminste, niet dat ik weet.”

De perceptie over de bereikbaarheid van het ziekenhuis in Nordhorn vanuit Dinkelland is positief. In drie van de zeven interviews gaven de respondenten aan dat het ziekenhuis in Nordhorn makkelijk te bereiken is. Respondent 2 gaf aan:

“Terwijl Nordhorn aanrijden, het aanrijden is heel makkelijk. Ja, voor boodschappen ga je ook naar Nordhorn. Het is niet zo druk daar.”

In de overige interviews kwam de bereikbaarheid van het ziekenhuis in Nordhorn niet ter sprake.

4.1.6 Het snelst bereikbare ziekenhuis vanuit de gemeente Dinkelland

Bij vier van de zeven interviews, bij respondenten uit Dinkelland, werd aangegeven dat het ziekenhuis in Nordhorn sneller te bereiken is dan het ziekenhuis in Enschede. Bij de overige drie interviews gaven de respondenten aan dat het dichtstbijzijnde Duitse en het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis ongeveer even snel te bereiken zijn.

4.1.7 De toegankelijkheid van de ziekenhuizen voor bezoek

In drie van de in totaal elf interviews benoemden de respondenten factoren gerelateerd aan de mogelijkheid van bezoek van familie en/of vrienden bij een ziekenhuisopname. In groep 2 werd gezegd:

“Voor de familie is het ook wel prettig natuurlijk dat het wat dichterbij is.”

In twee van deze interviews gaven de respondenten daarbij aan dat het MST in Enschede makkelijk te bereiken is met het openbaar vervoer. In groep 2 werd gezegd:

“Dan gaat er elk half uur een bus, rechtstreeks naar Enschede bijna, met een overstap soms in Haaksbergen.”

In groep 2 werd daar nog aan toegevoegd dat het ziekenhuis in Bocholt juist slecht te bereiken is met het openbaar vervoer:

“Ja, want in Bocholt kun je met het openbaar vervoer haast niet komen. Dat kan niet. [...] Dan moet je eerst naar Aalten en van Aalten rijdt de bus naar Bocholt.”

Over het bezoek van familie en/of vrienden en de bereikbaarheid van de ziekenhuizen met het openbaar vervoer werd daarnaast door de respondenten aangegeven dat dit in de acute situatie een bijzaak is.

4.2 De kwaliteit van zorg

In dit onderdeel van de resultaten worden de aspecten besproken die tijdens de interviews werden geassocieerd met de kwaliteit van zorg. Eerst worden de percepties over de medische kwaliteit van de behandeling besproken en vervolgens de percepties over de overige aspecten van de kwaliteit van zorg.

4.2.1 De medische kwaliteit van de behandeling in Duitse ziekenhuizen

In acht van de in totaal elf interviews gaven de respondenten aan ervaring te hebben in een Duits ziekenhuis of anderen te kennen die ervaring hebben met een Duits ziekenhuis. In de interviews werden weinig negatieve reacties gehoord over de medische kwaliteit van deze behandelingen. In één van deze

interviews gaf de respondent wel aan dat zij verwacht dat de medische kwaliteit in Duitsland minder goed is. Zij gaf aan dat zij deze verwachting baseerde op een slechte ervaring van een tante in het ziekenhuis in Nordhorn. Respondent 3 zei hierover:

“Nou, een tante van mij die is daar ooit opgenomen geweest, in het ziekenhuis, en die ervaringen zijn zeer negatief, want de artsen hebben eigenlijk te laat gezien wat er bij haar aan de hand was en daardoor is ze eigenlijk komen te overlijden. [...] Nee, het heeft toch mijn beeld van de zorg wel beïnvloed, zeker weten ja.”

In zeven van de in totaal elf interviews werd verwacht dat de medische kwaliteit in Duitsland ongeveer een vergelijkbaar niveau heeft in vergelijking met de kwaliteit in Nederland. De respondenten gaven onder andere aan dat zij niet twifelen aan de deskundigheid van de zorgverleners in het Duitse ziekenhuis. Respondent 5 gaf aan:

“Wat ik ervan weet is daar allemaal hoog gekwalificeerd personeel en ik heb daar niks geen op- of aanmerkingen over.”

Respondent 7 zie hierover:

“Ik denk, artsen die in een ziekenhuis werken, dat die goed zijn opgeleid en dat die net zo goed in Almelo zijn, dan als ze in Nordhorn zijn. En dat ze allebei weten hoe ze het aan moeten pakken dus. Ik ga er vanuit dat dat gewoon goed is.”

In drie van de in totaal elf interviews kwam naar voren dat de respondenten geen ervaring hebben met een Duits ziekenhuis en dat zij daarom geen uitspraken kunnen doen over de medische kwaliteit in Duitse ziekenhuizen. Respondent 4 zei hierover:

“Nee, daar kan ik geen antwoord op geven, want daar heb ik met niemand gesprek verder over gehad. [...] Dan zou ik wat mensen tekort doen misschien. Nee, dat is eerlijk.”

4.2.2 Overige aspecten van de kwaliteit van zorg in Duitse ziekenhuizen

In vijf van de in totaal elf interviews waren de respondenten positief over een aantal overige aspecten van de kwaliteit van zorg in Duitse ziekenhuizen. Zij waren onder andere positief over de hygiëne van het ziekenhuis, de organisatie en communicatie binnen het ziekenhuis en de vriendelijkheid van het personeel. Respondent 6 gaf aan:

“Ja en de hartelijkheid, ja dat denk ik wel. Want als je tijd hebt, dan, dat is toch belangrijk voor een patiënt hè.”

In vijf van de in totaal elf interviews waren de respondenten positief over de nazorg in Duitsland. De respondenten gaven vooral aan dat zij de nazorg in Duitsland beter geregeld vinden en dat deze vaak langer is in vergelijking met de nazorg in Nederland. Respondent 8 vertelde:

“Ja dat is totaal anders. Als ze je in Duitsland vast hebben, laten ze je niet meer los. En ik denk wel eens, ik wou dat ik in Duitsland zat, als je dan wat hebt, laten ze je niet gaan voordat alles opgelost is. In zoverre dat mogelijk is.”

De respondenten zijn daarnaast negatief over de nazorg in Nederland. Ze geven aan dat er in Nederland *“vrijwel geen nazorg is”* en dat de zorg in Nederland zo geregeld is dat zorgverleners *“zo snel mogelijk willen hebben dat je weer naar huis gaat”*.

In drie van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat de wachttijden voor behandelingen in Duitsland vaak korter zijn dan in Nederland. Daarnaast kwam in groepsinterview 2 de kamerindeling binnen het ziekenhuis ter sprake. Eén spreker uit de groep gaf aan dat zij het een nadeel vindt dat je in Duitsland met meerdere mensen op één kamer ligt en dat er geen gordijn tussen de bedden geschoven kan worden. Zij was daarentegen positief over de éénpersoonskamers in het MST in Enschede. Andere sprekers uit de groep gaven aan dat elke vorm van kamerindeling zijn voor- en nadelen heeft. Daarnaast was de hele groep het eens dat de kamerindeling in een acute situatie niet belangrijk is. Spreker 4 uit de groep gaf aan:

“Als je daar ligt en je wordt geholpen, dan ben je blij dat je geholpen wordt en dan maakt het jou niks uit wie naast je ligt, dat zie je morgen wel weer.”

4.2.3 De medische kwaliteit van de behandeling in Nederlandse ziekenhuizen

In negen van de in totaal elf interviews kwam naar voren dat de respondenten een ervaring hebben of mensen kennen die een ervaring hebben met een goed verlopen behandeling in een Nederlands ziekenhuis. In geen van de interviews werden negatieve reacties gehoord over de medische kwaliteit van de behandeling in Nederlandse ziekenhuizen. In de overige twee interviews kwam naar voren dat de respondenten positief zijn over de medische kwaliteit van de behandeling in Nederlandse ziekenhuizen, maar hier gaven zij geen specifiek argument voor.

4.2.4 Overige aspecten van de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen

In vijf van de in totaal elf interviews hadden de respondenten positieve ervaringen gehad met de organisatie en communicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen en met de vriendelijkheid van het personeel. Over de medewerkers van het MST in Enschede werd gezegd dat zij zich door de zorgverleners serieus genomen voelden en dat zij voldoende aandacht besteedden aan de patiënt.

In twee van deze interviews hadden de respondenten daarnaast ook negatieve ervaringen met een aantal overige aspecten van de kwaliteit van zorg in Nederland. In één van de elf interviews had de respondent hier alleen negatieve ervaringen mee. Alle negatieve ervaringen over de overige aspecten van de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen, die werden besproken tijdens de interviews, waren verbonden aan het MST in Enschede. De respondenten waren vooral negatief over de hygiëne van het ziekenhuis, de organisatie en communicatie binnen het ziekenhuis en de vriendelijkheid van het personeel. Respondent 1 vertelde het volgende over de hygiëne bij een bezoek aan het MST:

“Komt er zo'n mevrouw aan met zo'n ding. Die moesten de vloer schoonmaken. Nou ik netjes gaan staan. "Oh, hoeft niet hoor" zegt ze. Ze ging overal omheen. Ze raakte niks. En dan wil je over hygiëne praten.”

Over de organisatie rondom opnames en onderzoek zei respondent 8:

“Hier is het van, dit maar is weer en kom later maar eens een keer weer. [...] Sluit helemaal niet op elkaar aan. En dat zeggen ze wel, dat ze dat allemaal willen, maar dat gaat niet goed hier. Vind ik niet. [...] Ik heb wel eens dat je gewoon 2 keer richting Enschede rijdt.”

In vier van de in totaal elf interviews kwamen de parkeerfaciliteiten van het MST in Enschede ter sprake. De respondenten waren negatief over de afstand van de parkeergarage tot het ziekenhuis en de parkeerkosten. Sprekers in groep 1 vertelde:

“Het is ook kostbaar hè. [...] Nou, dan hebben we het nog niet eens over geld. Maar als je in die kelder bent en je bent met de rollator, het is niet te doen. [...] Heel lang moet je over die loopbanden. [...] Wat een gedoe!”

In groepsinterview 1 kwam daarnaast naar voren dat veel patiënten alleen al naar Almelo gaan om de parkeerfaciliteiten. Zij gaven aan dat het daar makkelijker en goedkoper is om te parkeren.

In de drie interviews, waarin de respondenten zich negatief uitlieten over een aantal overige aspecten van de kwaliteit van de zorg binnen het MST, werd er aangegeven dat zij dit verwijten aan de grootte en massaliteit van het MST.

In vier van de in totaal elf interviews deden de respondenten uitspraken over de personeelsbezetting in Nederlandse ziekenhuizen. Vooral personeelsgebrek en de hoge werkdruk van de verpleging kwamen hierover naar voren. In de interviews werd aangegeven dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg binnen Nederlandse ziekenhuizen, doordat de verpleging niet genoeg tijd kan besteden aan een patiënt en patiënten soms verder moeten reizen voor of langer moeten wachten op een behandeling.

In twee van de zeven interviews, bij respondenten uit Dinkelland, kwam nog ter sprake dat zij positiever waren over het ZGT in Hengelo, in vergelijking met het MST, omdat dit ziekenhuis kleinschaliger is en de communicatie daardoor beter is. Tot slot kwam in alle interviews, bij respondenten uit Winterswijk, naar voren dat zij positief zijn over het SKB in Winterswijk, ondanks dat hier geen PCI behandeling mogelijk is. Respondent 4 gaf aan:

“Ik bedoel maar, Winterswijk krijgt wel eens een pluim, weet je, voor het hart of voor de kanker. Heeft die wel eens een pluim gekregen of een mooi getal.”

4.3 Het taal- en cultuurverschil tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen

In dit onderdeel van de resultaten worden eerst de overtuigingen over het taalverschil en vervolgens de overtuigingen over het cultuurverschil tussen de Duitse en Nederlandse ziekenhuizen besproken.

4.3.1 Het taalverschil

In negen van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat het taalverschil in meer of mindere mate een belemmering is bij een opname in een Duits ziekenhuis. In zeven van deze interviews werd

aangegeven dat de Duitse taal lastig zal zijn bij een ziekenhuisopname in Duitsland. De respondenten hadden daardoor de voorkeur om in het Nederlands te communiceren. Respondent 3 gaf aan:

“Nou ik, ik kan wel aardig goed Duits, maar ja, als je iets in je eigen taal, zeg in je moedertaal, is gewoon, het praat makkelijker. [...] Dat zorgt voor een beter onderling begrip.”

In de overige twee interviews werd aangegeven dat het taalverschil een grotere belemmering is. Zij verwachtten in eerste instantie dat zij niet goed genoeg zullen kunnen communiceren met de zorgverleners bij een ziekenhuisopname in Duitsland. Respondent 1 gaf aan:

“Ik ben slecht in het Duits, anders zou ik veel liever naar Nordhorn gaan. Maar ik ben heel slecht in Duits, dat komt nog van de oorlog. Ik heb wel Mulo gehad. Maar dat Duits heb ik laten slingeren.”

Respondent 6 gaf aan dat dit komt doordat bepaalde termen in de Duitse taal moeilijk te begrijpen zijn:

“Dan zou ik niet naar Duitsland gaan. En weet je waarom niet? Toen ik in de Augenklinik behandeld werd. Waar ik onder anderen 13 keer ben geweest. En je denkt je beheerst daar de Duitse taal prima. Maar de medische termen en de uitleg. Dat is wel heel erg moeilijk. En toch is dat heel erg belangrijk dat je dat weet.”

In twee van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat het taalverschil geen belemmering is. De respondenten gaven hiervoor als argument dat zij de Duitse taal goed beheersen. Respondent 2 gaf aan:

“De taal is niet per se voor mij een belemmering. Wij spreken in het buitengebied, verstaan we Duits, goed de Duitse taal. [...] Als je Twents kunt praten, plat kunt praten, red je je prima in Duitsland. Dus dat is het ook niet.”

In de overige negen interviews, waarin werd aangegeven dat de Nederlandse taal de voorkeur heeft, gaven de respondenten daarnaast aan dat het taalverschil om verschillende redenen geen grote belemmering hoeft te zijn. In acht van deze interviews werd aangegeven dat de respondent(en) de Duitse taal redelijk beheersen. Daarnaast werd er in vier van deze interviews nog aangegeven dat zij verwachten dat er Nederlandssprekende zorgverleners aanwezig zijn of dat er een tolk aanwezig is in het Duitse ziekenhuis. Respondent 7 vertelde hierover:

“..., en misschien omdat dat ziekenhuis hier ook in het grensgebied zit, zijn er misschien ook wel artsen die ook wel heel goed Nederlands kunnen. En ik denk dat daar wel in meegewerkt wordt om uit te leggen. Ik denk dan wel dat hun zo zijn van, iemand die dus Nederlands kan, die er naast staat om te helpen, uitleggen, te vertolken.”

4.3.2 Het cultuurverschil

In acht van de elf interviews werd aangegeven dat de respondenten cultuurverschillen ervaren of verwachten tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen. In zeven van deze interviews hadden de respondenten de overtuiging dat er in Duitse ziekenhuizen meer hiërarchie heerst in vergelijking met Nederlandse ziekenhuizen. Respondent 1 gaf aan dat de hiërarchie voor meer duidelijkheid kan zorgen:

“Ja, ik ben eens keer hier bij de fysiotherapeut, ligt iemand dood op de grond. En natuurlijk ook gelijk 112 gebeld. Was Duitsland ook gekomen. Was die dokter, “Ich bin dein Arzt” had die gezegd. Oh, hun waren allemaal zeer verantwoordigd. Ik denk, ja waarom? Dan weten ze iedereen eromheen waar je aan toe bent.”

Ook kwam naar voren dat de hiërarchie in Duitsland zorgt voor meer respect. Respondent 8 gaf aan: *“Ik vind gewoon iedereen moet respect voor elkaar hebben. Als je “jij” en “jou” zegt verdwijnt dat ook al heel snel, vind ik. In Duitsland is dat veel meer “Herr Arts” en dat is prima. [...] Iedereen moet zijn ding doen, zijn talent uitoefenen.”*

In twee interviews werd er ook negatief gepraat over de hiërarchie in Duitsland. Zo werd er in groep 1 aangegeven dat zorgverleners in Duitsland *“alles beter weten”* en zo werd er door respondent 1 aangegeven dat Nederlanders door de hiërarchie in Duitsland *“snel op hun teentjes getrapt zijn”*.

In vier interviews werd aangegeven dat Duitsers over het algemeen formeler of pünktlicher zijn. In de interviews hadden de respondenten hier vooral positieve percepties over. De respondenten gaven onder andere aan dat dit ook zorgt voor meer respect. Respondent 2 zei hierover:

“Ik denk dat in Duitsland, dat de mensen wat “gründlicher”, wat “pünktlicher” zijn dan hier. [...] Misschien zijn ze wel wat afstandelijker. Maar ik denk dat dat heel goed is. Wij tutoyeren, “jij” “je” en “hé” en “ho” en een Duitser is “Herr dit” en “Frau dat” en ... Maar gewoon gepaste afstand en ik denk, uiteindelijk dat dat gewoon beter is.”

In drie van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat de respondenten geen cultuurverschil ervaren tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen. In één interview werd hier geen argument voor gegeven. In de overige twee interviews werd aangegeven dat dit komt doordat de ziekenhuizen steeds meer met elkaar samenwerken. In vijf interviews gaven de respondenten nog specifiek aan dat zij niks tegen Duitsland of de Duitsers hebben. Bij de drie oudste respondenten, respondenten 1, 4 en 5, kwam de Tweede Wereldoorlog ter sprake. Zij gaven aan dat de Nederlanders vlak na de oorlog een afkeer hadden tegenover Duitsland, maar dat dit tegenwoordig niet meer aan de orde is. Respondent 4 zei:

“Nee, ik denk dat ze, hier Winterswijk in elk geval, veel meer met Duitsers overleggen over dingen, dus die band tussen Duitsland en Nederland wordt wel beter. Weet je, vroeger, na de oorlog, nou Duitsland was niks, niemand wou met Duitsers te maken hebben.”

4.4 De kosten van de behandeling

In vijf van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat de respondenten niet weten of de kosten bij een behandeling in Duitsland vergoed worden. In deze interviews werd aangegeven dat zij verwachten dat dit afhankelijk is van de soort verzekering die je hebt. Zij gaven aan dat de kans aanwezig is dat zij de behandeling in Duitsland zelf moeten betalen. Een spreker in groep 2 gaf aan:

“Ja, want kijk als je gewoon hier verzekerd bent en hier als je niet aanvullend verzekerd bent, dan wordt het hier in het ziekenhuis vergoed, maar als je in een Duits ziekenhuis bent, daar wordt altijd voor gewaarschuwd, dat je wel aanvullende verzekerd moet zijn. [...] Wat betreft de verzekering. Moet je best wel voorzichtig mee zijn.”

In de overige zes van de elf interviews hadden de respondenten wel de verwachting dat de kosten van de behandeling in Duitsland vergoed worden. In drie van deze interviews gaven de respondenten aan dat zij op de hoogte waren dat Menzis de kosten van de behandeling in de Duitse

ziekenhuizen vergoedt voor de inwoners uit de grensgebieden van Nederland. In de overige drie interviews werd aangegeven dat de respondenten verwachtten dat er vanuit Nederland een overeenkomst is gemaakt met de ziekenhuizen in Duitsland. Respondent 5 zei hierover:

“Nee, nee, nee. En ik denk ook dat dat uh, dat er bepaalde afspraken liggen tussen de ziekenfondsen en de ziekenhuizen dan.”

4.5 De onbekendheid van de zorg in Duitsland

In alle interviews werd één of meerdere keren duidelijk dat de respondenten (te) weinig informatie hadden over de dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuizen of over de manier waarop de zorg in Duitsland geregeld is voor Nederlanders. Eén of een combinatie van de volgende factoren kwamen naar voren in de interviews: onwetendheid over de tijdswinst tussen het vervoer naar Duitse en Nederlandse ziekenhuizen, onwetendheid over de kwaliteit van de zorg in Duitsland, een overtuiging dat de taal een belemmering zal zijn en een overtuiging dat de kosten niet vergoed zullen worden. De respondenten gaven aan dat zij geen informatie hebben ontvangen over de grensoverschrijdende behandelopties en dat zij zelf geen ervaring hebben of niemand kennen die ervaring heeft met de Duitse ziekenhuizen.

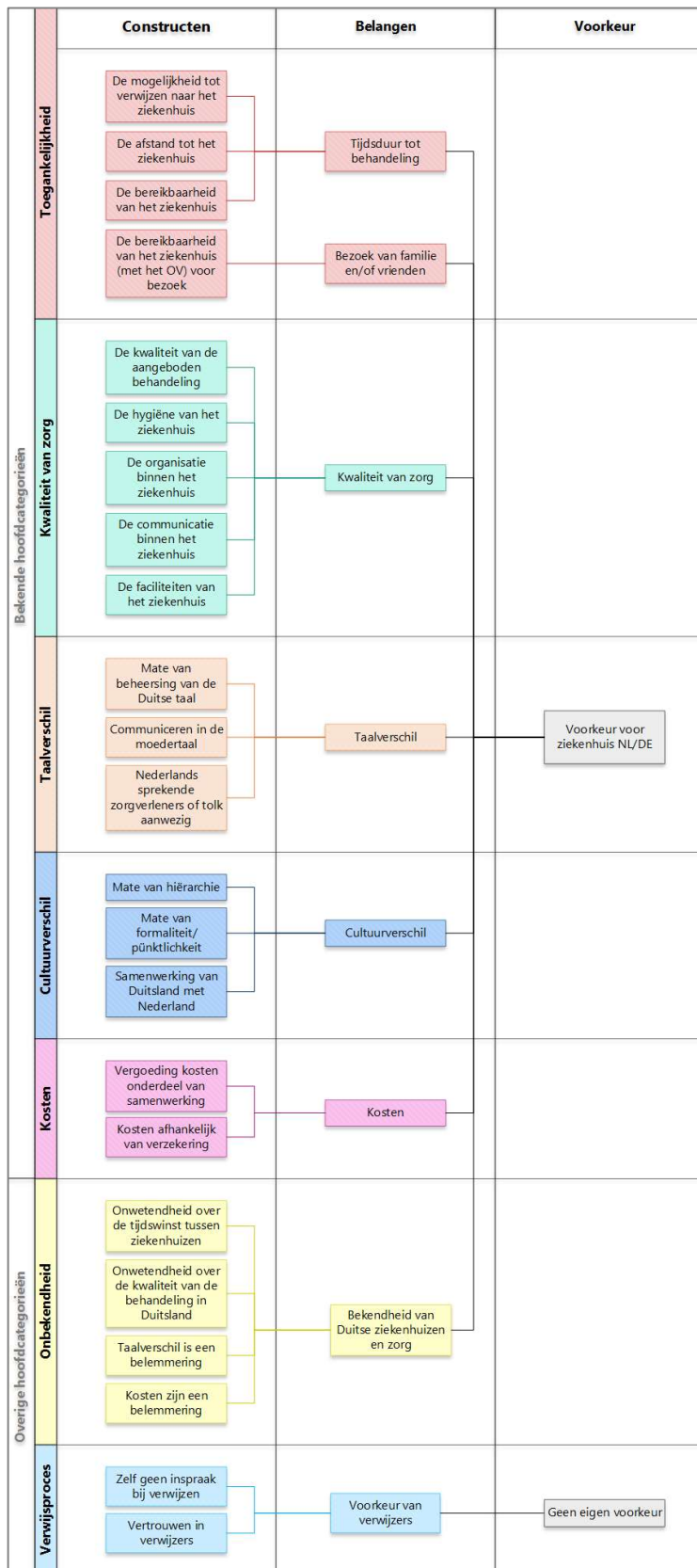
4.6 Het verwijsp proces

In alle interviews kwam de manier ter sprake waarop er verwezen wordt in een acute situatie. De respondenten hadden onder andere een perceptie over op welke momenten er vanuit een bepaald ziekenhuis wordt doorgestuurd naar een ander ziekenhuis; wat er gebeurt als er bijvoorbeeld geen plek is in een ziekenhuis; op welke manier er door de verwijzers een keuze wordt gemaakt tussen een Duits en Nederlands ziekenhuis; en wat de inspraak van de patiënt tijdens het verwijsp proces is.

In negen van de in totaal elf interviews verwachtten de respondenten dat zij bij het verwijsp proces zelf geen inspraak zullen hebben bij de keuze voor een ziekenhuis. In vijf van deze interviews gaven de respondenten hiervoor als argument dat zij verwachtten dat zij bij een hartinfarct of beroerte in zo'n toestand zijn, dat zij niet in staat zijn om een voorkeur uit te spreken. In de overige vier interviews gaven de respondenten als argument dat zij ervan uitgaan dat de verwijzer in een acute situatie een beslissing neemt, zonder dit te overleggen met de patiënt.

4.7 Welke factoren bepalen de voorkeur voor het ziekenhuis?

In figuur 4 is een schematisch overzicht te zien van de factoren die de voorkeur voor een ziekenhuis beïnvloeden. In de interviews zijn er per factor verschillende overtuigingen naar voren gekomen over het belang van de factoren bij de voorkeur. De invloed van de factoren op de voorkeur verschilt daardoor per factor en per respondent. In het resterende gedeelte van de resultaten wordt het belang van de factoren bij de voorkeur verder toegelicht.



Figuur 4: Boomstructuur van de factoren die de voorkeur voor het ziekenhuis beïnvloeden. De verschillende kleuren geven de verschillende hoofdcategorieën aan. In de "bekende hoofdcategorieën" worden de factoren weergegeven die in eerste instantie deductief zijn gecodeerd en later inductief zijn aangevuld. In de "overige hoofdcategorieën" worden de factoren weergegeven die inductief zijn gecodeerd.

4.7.1 Belang van de tijdsduur tot de behandeling

In alle interviews werd aangegeven dat de tijdsduur tot de behandeling invloed heeft op de voorkeur voor een ziekenhuis. In acht interviews werd aangegeven dat de tijdsduur tot de behandeling doorslaggevend is bij de uiteindelijke voorkeur voor een ziekenhuis. De respondenten waren zich ervan bewust dat er met een beroerte of hartinfarct zo snel mogelijk behandeld moet worden. Een overzicht van de uitspraken die hierover in alle interviews werden gedaan, is te zien in tabel 2.

Tabel 2: Uitspraken over het belang van de tijdsduur tot de behandeling per respondent

Respondent	Uitspraak
1	<i>"Toen kon hij binnen een uur die eerste spuit krijgen en dan kun je heel veel meer bereiken hè."</i>
2	<i>"Qua, omdat het levensbedreigend is en je moet binnen een hele korte tijd, moet je geholpen worden."</i>
3	<i>"Dan denk je maar één ding van: Help, en ik wil zo snel mogelijk geholpen worden."</i>
4	<i>"Ja, voor acute zorg hè. Hoe sneller, hoe beter."</i>
5	<i>"Wat in Winterswijk niet kan en waar ze dan het snelste naartoe kunnen, dat zal het beste zijn dan."</i>
6	<i>"Met name voor spoedeisende hulp wel. Als het echt uh, zo is, beroerte ofzo, zo snel mogelijk denk ik. Is het beste."</i>
7	<i>"Ja hoe, hoe eerder de, de behandeling start, hoe beter je er uitkomt. Dat is het belangrijkste, want je wilt, vooral met een beroerte, wil je er weer goed uitkomen. En hoe langer het duurt en geen medicijnen worden toegediend, is de schade groter."</i>
8	<i>"Nee, het gaat om de snelheid, ja, vind ik."</i>
9	<i>"Ik vind de snelheid wel erg belangrijk ja."</i>
G1	<i>"Jawel, maar ik vind dat als je een beroerte hebt, dan gaat het om de eerste zorg en dat je er direct bij bent. En de rest komt dan wel goed. En de eerste minuten tellen!"</i>
G2	<i>"Nou, dat ze er maar gauw genoeg bij zijn."</i>

4.7.2 Belang van de kwaliteit van zorg

In negen van de in totaal elf interviews werd door de respondenten aangegeven dat de kwaliteit van de zorg over het algemeen belangrijk is bij een ziekenhuisopname. In drie van deze interviews werd aangegeven dat de kwaliteit van de zorg ook invloed heeft op de voorkeur voor een Duits of Nederlands ziekenhuis. Dit had vooral te maken met de onwetendheid over de kwaliteit van zorg in Duitsland en de overtuiging dat de zorg in Nederland goed is.

In één interview werd aangegeven dat de continuïteit van de zorg invloed heeft op de voorkeur voor een ziekenhuis. Deze respondent gaf aan dat hij reeds onder controle staat bij een Nederlandse cardioloog en dat hij bij hartproblemen om die reden graag naar een Nederlands ziekenhuis zou gaan.

In één interview werd aangegeven dat de nazorg invloed heeft op de voorkeur. Deze respondent gaf aan dat zij het belangrijk vindt dat de nazorg, bij een acute opname in een Duits ziekenhuis, kan plaatsvinden in een Nederlands revalidatiecentrum.

4.7.3 Belang van het taal- en cultuurverschil

In drie van de in totaal elf interviews kwam naar voren dat het taalverschil in eerste instantie doorslaggevend is bij de voorkeur voor het ziekenhuis. In alle interviews gaven de respondenten echter bij de uiteindelijke voorkeur aan dat het taalverschil wel een invloed heeft, maar dat dit niet doorslaggevend is.

In twee van de elf interviews werd aangegeven dat het taalverschil voor de respondenten zelf niet van invloed is op de voorkeur, maar dat dit bij andere inwoners uit de grensstreek wel een barrière zal zijn om te kiezen voor een Duits ziekenhuis.

Over het cultuurverschil werd door de respondenten aangegeven dat hier voor- en nadelen aan zitten, maar dat dit geen invloed heeft op de voorkeur voor een ziekenhuis.

4.7.4 Belang van de kosten van de behandeling

In vijf van de in totaal elf interviews werd aangegeven dat de kosten van de behandeling invloed hebben op de voorkeur voor het ziekenhuis. Het argument hiervoor was dat de kosten bij een acute ziekenhuisopname erg kunnen oplopen en dat deze daardoor mogelijk onbetaalbaar zijn, wanneer de verzekering deze niet vergoedt. Een spreker uit groep 2 gaf aan:

“Ja, maar als je toch de ziekenhuisopname niet vergoed krijgt, waar blijf je dan met de kosten. [...] Dat is toch niet te overzien.”

Respondent 7 gaf aan:

“... en dat de zorgverzekering het vergoedt. Dat is ook heel belangrijk hè, als je in Duitsland komt. [...] Nee, want het is wel zo dat het gewoon bekend is dat je, als je in het buitenland iets overkomt dat je dan fix bij moet betalen.”

In de interviews waarin de respondenten de overtuiging hadden dat de kosten niet zullen worden vergoed, werd tijdens het interview door de onderzoeker de juiste informatie verstrekt over de vergoeding van de kosten. Na deze bijstelling waren de kosten hierdoor voor alle respondenten niet meer van invloed op de voorkeur voor het ziekenhuis.

4.7.5 Belang van de bekendheid van de zorg

In acht van de in totaal elf interviews kwam naar voren dat de onwetendheid over de Duitse ziekenhuizen en de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor Nederlanders, doorslaggevend is bij de voorkeur die de respondenten in eerste instantie hadden. In drie van deze interviews gaven de

respondenten aan dat de onwetendheid tevens doorslaggevend is bij de uiteindelijke voorkeur voor het ziekenhuis. Respondent 2 gaf aan:

“Misschien is dan toch wel het “unheimliche” zoals wij dat noemen, dat onbekende, wat ons dan op afstand houdt. [...] Ik weet het niet precies, dat is het hem denk ik. Onbekend maakt onbemind.”

4.7.6 Belang van de perceptie van de verwijzer

In vier van de in totaal elf interviews gaven de respondenten aan dat zij vertrouwen hebben in de expertise van de verwijzers en dat zij verwachtten dat de keuze die de verwijzer maakt, de beste is. De respondenten gaven aan dat wanneer zij in een acute situatie terechtkomen, dat zij zelf om deze reden geen inspraak willen hebben bij het verwijsproces. Voor hen is datgene wat de verwijzer beslist doorslaggevend bij de voorkeur voor het ziekenhuis. Respondent 4 gaf aan:

“Als het acuut is, dan moeten dokters behandelen, of die mensen van de ambulance. Die zeggen: “dat is het beste voor jou”. En dan vind ik, moet je dat accepteren. [...] Dan is de regel, vind ik, dat je daaraan toe moet geven. Als je in zo'n toestand bent.”

In één van de elf interviews werd aangegeven dat de respondent geen vertrouwen heeft in de verwijzers. Zij verwachtte dat de patiënt wel eerst specifiek aan moet geven welk ziekenhuis haar voorkeur heeft, voordat de keuze voor dat ziekenhuis daadwerkelijk gemaakt wordt. Deze respondent gaf echter wel aan dat zij ermee in zou stemmen als de verwijzer in een acute situatie aangeeft haar naar een Duits ziekenhuis te vervoeren.

In de overige vijf van de elf interviews kwam de mate van vertrouwen in de verwijzers niet ter sprake. In deze interviews hadden de respondenten echter wel een uiteindelijke voorkeur voor een Duits ziekenhuis.

5. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om een compleet beeld te krijgen van de factoren die van belang zijn bij de voorkeur van grensbewoners voor een Duits of Nederlands ziekenhuis. Uit de interviews is gebleken dat de onwetendheid over de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor de Nederlanders, vaak doorslaggevend is bij de voorkeur die de grensbewoners in eerste instantie uitspreken. De uiteindelijke voorkeur was daarnaast vaak het snelst bereikbare ziekenhuis, waarbij de tijdsduur tot de behandeling als de doorslaggevende factor werd aangegeven. Ook kwam naar voren dat de respondenten de perceptie van de verwijzers belangrijk vinden. Zij gaven aan dat hun eigen voorkeur in een acute situatie ondergeschikt is aan de voorkeur van de verwijzer, omdat zij er vertrouwen in hebben dat de verwijzer doet wat het beste is.

De verzamelde data over de factoren die de keuze voor het ziekenhuis beïnvloeden, heeft geen conflicterende resultaten opgeleverd in vergelijking met de al bekende literatuur over deze factoren [12][13][14][15][16]. Op de percepties over de toegankelijkheid van de ziekenhuizen na, zijn er daarnaast geen verschillen gevonden tussen de percepties van de respondenten uit de gemeente Winterswijk en de percepties van de respondenten uit de gemeente Dinkelland.

Dit onderzoek heeft geleid tot een aantal onverwachte bevindingen. Zo is er bij het selecteren van de respondenten vanuit gegaan dat de woonplaats van alle respondenten zich minimaal een kwartier dichterbij het Duitse ziekenhuis bevond, dan het Nederlandse ziekenhuis. In de interviews bij respondenten uit Winterswijk kwam echter naar voren dat, ondanks de kortere afstand, de perceptie over de bereikbaarheid van het Duitse ziekenhuis negatief is en die van het concurrerende Nederlandse ziekenhuis juist positief is. Hierdoor waren de respondenten uit Winterswijk ervan overtuigd dat het ziekenhuis in Bocholt niet sneller te bereiken is dan het MST in Enschede. De respondenten die de tijdsduur van de behandeling daarnaast het belangrijkste vonden, gaven daardoor uiteindelijk de voorkeur voor het Nederlandse ziekenhuis. Een ambulanceverpleegkundige van het Witte Kruis Noordoost Gelderland bevestigde de percepties van de respondenten over de bereikbaarheid van de ziekenhuizen vanuit Winterswijk (persoonlijke communicatie, 14 juni 2019). Hij gaf aan dat de omweg via Aalten naar het ziekenhuis in Bocholt, in tegenstelling tot de route via het Woold, een veilige route is die ten goede komt aan de veiligheid en het comfort van de patiënt. Over de feitelijke bereikbaarheid, van het MST en het St. Agnes-hospital via Aalten, vanuit het centrum van Winterswijk, concludeerde hij dat het ziekenhuis in Bocholt wel dichterbij is en dat de ambulance er sneller is dan het ziekenhuis in Enschede, maar dat dit slechts enkele minuten betreft.

De perceptie van de respondenten over de algehele kwaliteit van de zorg werd, naast de medische kwaliteit van de behandeling, geassocieerd met verschillende overige zorgaspecten. Over de kwaliteit van de zorg in Duitse ziekenhuizen was al vastgesteld dat de grensoverschrijdende behandelingen in Duitsland voldoen aan de medisch inhoudelijke kwaliteitseisen [4]. De respondenten

hadden echter niet alleen een perceptie over de medische kwaliteit van de behandeling, maar ook over de vriendelijkheid van het personeel, de hygiëne en faciliteiten van het ziekenhuis en de organisatie en communicatie binnen het ziekenhuis.

De argumenten die de respondenten gaven voor de voorkeur die zij in eerste instantie uitspraken, waren vooral overtuigingen over de manier waarop de zorg in Duitsland geregeld is, vaak gebaseerd op eigen ervaringen of ervaringen van anderen. Dit is in lijn met de literatuur over de manier waarop patiënten een keuze maken voor een ziekenhuis en met het beslissingsmodel van Bekker (zie figuur 3)[19][14]. Veel van deze overtuigingen over de manier waarop de zorg in Duitsland geregeld is, kwamen echter niet overeen met de werkelijkheid. Het verschil in de voorkeur die de respondenten in eerste instantie hadden en de voorkeur die de respondenten uiteindelijk hadden, kan deels worden verklaard uit het feit dat er gedurende het interview informatie werd gegeven over de tijdswinst tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen en door de bijstelling van verkeerde percepties naar de werkelijkheid, over de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor Nederlanders. Bekker verklaarde dat het maken van een uiteindelijke beslissing een actief proces is en dat deze wordt beïnvloed door interne en externe factoren. De verandering in de keuze kan verder worden verklaard aan de hand van een theorie genaamd “bounded rationality” ofwel “beperkte rationaliteit”. Herbert A. Simon beschreef beperkte rationaliteit als: “de rationaliteit van de mens in besluitvorming waarbij er onder andere rekening wordt gehouden met de beperkte beschikbaarheid van informatie en de beperkte tijd om tot een besluit te komen [30]”. Bij de uiteindelijke voorkeur hadden de respondenten gedurende het interview informatie aangereikt gekregen en daarnaast hadden zij meer tijd gehad om over de voorkeur na te denken. Dit kan verklaren waarom sommige respondenten aan het einde van het interview een andere en wellicht rationelere voorkeur uitspraken. De overtuigingen van respondenten over factoren die ter sprake kwamen, maar uiteindelijk niet als doorslaggevend bevonden werden, kunnen daarnaast wel informatief zijn. Deze factoren kwamen in de interviews namelijk uit eigen initiatief ter sprake, wat betekent dat de respondenten hier wel aan dachten en dat deze factoren, wellicht op emotioneel vlak, belangrijk werden bevonden.

Om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te waarborgen, is er met een aantal zaken rekening gehouden. Zo is er gestopt met het verzamelen van respondenten op het moment dat saturatie werd bereikt en zo is er geprobeerd om het proces van de data-analyse zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven en om de gemaakte beslissingen zo transparant mogelijk te houden. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met een huisarts uit Weerselo (persoonlijke communicatie, 28 maart 2019) en een vertegenwoordiger van de Harteraad (persoonlijke communicatie, 27 maart 2019). Deze zorgprofessionals bevestigden de relevantie van de factoren, die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen en mogelijk de voorkeur voor het ziekenhuis beïnvloeden, voor de grensoverschrijdende acute situatie. Daarnaast werden er twee pilot interviews afgenomen. Hierin werd vastgesteld dat het

interviewschema geschikt is voor het afnemen van de interviews en dat er zo veel mogelijk informatie over de te onderzoeken punten zou kunnen worden verkregen.

5.1 Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek was de manier van dataverzameling. Er werd door middel van semigestructureerde interviews informatie verzameld in zowel de individuele, als de groepsinterviews. Dit zorgde ervoor dat er in alle interviews dezelfde vooraf geïdentificeerde factoren behandeld werden, die mogelijk de voorkeur voor het ziekenhuis beïnvloeden. Daarnaast werd in elk interview dezelfde informatie verstrekt over de tijdswinst tussen de ziekenhuizen en over de manier waarop de zorg in Duitsland is geregeld voor Nederlanders. Er werd daarnaast flexibel omgegaan met de topics uit het interviewschema, waarbij er voldoende ruimte was voor aanvullende factoren die invloed hebben op de voorkeur voor het ziekenhuis en voor de bijbehorende overtuigingen en argumenten.

Een ander sterk punt van het onderzoek is de hoeveelheid interviews die zijn afgenomen en de hoeveelheid respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Door naast de individuele interviews ook een aantal groepsinterviews af te nemen, konden er meer respondenten geïncludeerd worden in het onderzoek. Er konden genoeg respondenten verzameld worden om een compleet beeld te krijgen van de factoren die de voorkeur voor het ziekenhuis beïnvloeden.

Een beperking van het onderzoek was het gebrek aan voorbereiding van de groepsinterviews. Doordat een aantal respondenten de voorkeur gaven aan een groepsinterview, werd er op twee momenten besloten om in plaats van individuele interviews, groepsinterviews af te nemen. Doordat de groepsinterviews door de onderzoeker niet als zodanig waren voorbereid, kwamen niet alle overtuigingen van alle respondenten even goed aan bod.

Een andere beperking van dit onderzoek was dat de onderzoekspopulatie voor het grootste gedeelte bestond uit vrouwen. De reden hiervoor was dat vrouwen, vaker dan mannen, bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Er is geen duidelijke reden aan te wijzen voor dit verschil in bereidheid tussen mannen en vrouwen. Tijdens het werven van de respondenten zijn er namelijk ongeveer evenveel mannen als vrouwen benaderd. Bij de enige mannelijke respondent werden geen conflicterende resultaten gevonden, in vergelijking met de resultaten van de vrouwelijke respondenten.

Een laatste beperking van dit onderzoek waren de interviewvaardigheden van de onderzoeker. Tijdens de analyse kwam de onderzoeker erachter dat argumenten voor bepaalde overtuigingen en belangen soms niet helemaal duidelijk aan bod waren gekomen en dat hier beter op doorgevraagd had kunnen worden. Doordat de onderzoeker zich dit na de eerste interviews bewust was, heeft zij dit verbeterd in de daaropvolgende interviews.

5.2 Conclusies en aanbevelingen

Uit de resultaten blijkt één of een combinatie van de volgende factoren doorslaggevend bij de voorkeur die de respondenten in eerste instantie uitspraken: onwetendheid over de tijdswinst tussen het vervoer naar Duitse en Nederlandse ziekenhuizen, onwetendheid over de kwaliteit van de zorg in Duitsland, een overtuiging dat de taal een belemmering zal zijn en een overtuiging dat de kosten niet vergoed zullen worden. De eerste aanbeveling is daarom om de informatievoorziening naar de inwoners uit de grensgebieden, over de Duitse ziekenhuizen en de manier waarop de grensoverschrijdende behandelingen zijn geregeld voor Nederlandse patiënten, te verbeteren. De inwoners kunnen op deze manier hun overtuigingen baseren op de manier hoe de zorg in Duitsland in werkelijkheid voor de Nederlanders is geregeld. De factoren die de voorkeur voor het Duitse ziekenhuis momenteel negatief beïnvloedden, zullen hierdoor grotendeels weggenomen kunnen worden, waardoor de voorkeur in veel gevallen waarschijnlijk uit zal gaan naar het sneller te bereiken Duitse ziekenhuis.

In de interviews kwam naar voren dat de respondenten hun voorkeur in eerste instantie vaak baseerden op foutieve overtuigingen. In een acute situatie wordt het daarnaast aannemelijk geacht dat de patiënt niet in staat is om een rationele keuze te maken [6][5]. De respondenten gaven bovendien aan dat zij in een acute situatie zullen instemmen met de keuze die de verwijzer maakt en dat zij er vertrouwen in hebben dat de verwijzers doen wat het beste is voor de patiënt. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de verwijzers in een acute situatie het ziekenhuis kunnen kiezen dat volgens hen op dat moment de beste keuze is. Dit is tevens de tweede aanbeveling, gericht aan de verwijzers. Wanneer een patiënt echter in de acute situatie nog rationeel kan nadenken en ondanks de bijstelling van eventuele foutieve overtuigingen, weigert in te stemmen met een bepaald ziekenhuis, zal de verwijzer hier uiteraard rekening mee moeten houden bij de te maken keuze van het ziekenhuis.

Veel respondenten gaven aan dat de kwaliteit van de behandeling belangrijk is bij de voorkeur voor een ziekenhuis. De respondenten in dit onderzoek hebben echter zelf geen ervaring gehad met de acute grensoverschrijdende behandelingen, waardoor zij hun perceptie over de kwaliteit van deze behandelingen vooral baseerden op verwachtingen of op ervaringen met andere behandelingen in Duitse ziekenhuizen. De tevredenheid van de patiënt is echter een belangrijke uitkomstindicator voor de kwaliteit van zorg [15]. Een derde aanbeveling is daarom om, bij het meten en verbeteren van de kwaliteit van de grensoverschrijdende zorg, ook de focus te gaan leggen op de tevredenheid van de Nederlandse patiënten die daadwerkelijk in aanraking zijn gekomen met de grensoverschrijdende behandelingen. Om erachter te komen wat de percepties van deze patiënten zijn over de kwaliteit van de grensoverschrijdende behandelingen, is vervolgonderzoek nodig. In dit onderzoek associeerden de respondenten hun perceptie over de kwaliteit van de zorg in Duitsland daarnaast met verschillende zorgaspecten. Het is belangrijk om in vervolgonderzoek rekening te houden met de verschillende zorgaspecten die door de patiënten kunnen worden geassocieerd met de kwaliteit van de zorg.

In de individuele interviews was de uiteindelijke voorkeur en het belang van bepaalde factoren gebaseerd op de eigen overtuigingen van de respondent. In de groepsinterviews kwam de voorkeur voor een ziekenhuis tot stand door het groepsproces en dit was geen optelsom van meningen. In de groepsinterviews kwamen er echter per factor meerdere verschillende overtuigingen met bijbehorende argumenten ter sprake over het belang van de factoren bij de voorkeur voor een ziekenhuis. Een laatste aanbeveling heeft betrekking op de manier van dataverzameling bij eventueel vervolgonderzoek. Indien verder onderzoek wordt uitgevoerd naar de voorkeur voor een ziekenhuis en naar het belang van bepaalde factoren, verdient dit de aanbeveling om dit te doen aan de hand van individuele interviews. Er kan dan dieper ingegaan worden op de individuele ervaring van de respondent. Indien er vervolgonderzoek gedaan wordt naar de verschillende overtuigingen en argumenten, die worden gerelateerd aan het belang van een bepaalde factor, dan is de aanbeveling dit te doen aan de hand van groepsinterviews. Groepsinterviews zullen in dit geval waarschijnlijk resulteren in een rijkere output.

Bronnen

1. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation*. 2004 Mar 16;109(10):1223-5.
2. Lees KR, Bluhmki E, Von Kummer R, Brodt TG, Toni D, Grotta JC, Albers GW, Kaste M, Marler JR, Hamilton SA, Tilley BC. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *The Lancet*. 2010 May 15;375(9727):1695-703.
3. Acute Zorg Euregio. Verslag evaluatie werkgroep grensoverschrijdende spoedzorg casestudie Dinkelland-Nordhorn. EUREGIO-KLINIK, Nordhorn, Deutschland; 2017.
4. Bureau Acute Zorg Euregio. Eindrapport spoedzorg in de EUREGIO: Ervaringen delen voor een optimale interregionale zorgstructuur. Enschede; 2018.
5. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening) [geciteerd 8 maart 2019]. Beschikbaar op: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-acuut-coronair-syndroom-eerste-herziening>
6. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Beroerte [geciteerd 8 maart 2019]. Beschikbaar op: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>
7. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*. 2012 Mar 1;366(9):780-1.
8. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Acute zorg [geciteerd 15 februari 2019]. Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg>
9. Acute Zorg Euregio. Bespreking uitbreiding samenwerking met grensoverschrijdende spoedzorg acute PCI. St. Agnes-Hospital, Bocholt, Deutschland; 2018.
10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cijfers en context beroerte [geciteerd 15 februari 2019]. Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie>
11. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cijfers en context coronaire hartzieken [geciteerd 15 februari 2019]. Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/coronaire-hartziekten/cijfers-context/huidige-situatie>
12. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*. 2012 Dec;12(1):272.

13. Glinos IA, Baeten R, Helble M, Maarse H. A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*. 2010 Nov 1;16(6):1145-55.
14. Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin NJ. *Patient choice: how patients choose and how providers respond*. London: King's Fund; 2010.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005 Dec; 83(4):691-729.
16. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
17. Franken M, Koolman X. Health system goals: a discrete choice experiment to obtain societal valuations. *Health policy*. 2013 Sep 1;112(1-2):28-34.
18. European Union. Directive 2011/24/EU. 2011.
19. Bekker HL. The loss of reason in patient decision aid research: do checklists damage the quality of informed choice interventions? *Patient Educ Couns*; 2010;78:357-64.
20. Schoemaker CG, van der Weijden TD. Patiëntvoorkeur versus evidencebased medicine: Hadden de pioniers van EBM oog voor wat de patiënt wil?. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:D24.
21. Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
22. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. *Evidencebased medicine. How to practice and teach it*. Londen: Churchill Livingstone; 2000.
23. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. *Through the patient's eyes*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
24. Baarda DB. *Dit is onderzoek. Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff; 2014.
25. Babbie ER. *The basics of social research*. Wadsworth: Cengage learning; 2013.
26. Gibbs A. Focus groups and group interviews. *Research methods and methodologies in education*. 2012 Mar 19:186-92.
27. Van Male J. Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek. *KWALON*. 2011;16(2), 6-13.
28. Van Staa AL, de Vries K. Directed content analysis: een meer deductieve dan inductieve aanpak bij kwalitatieve analyse. *KWALON*. 2014;19(3):46-54.
29. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005 Nov;15(9):1277-88.
30. Gigerenzer G, Selten R, editors. *Bounded rationality: The adaptive toolbox*. MIT press; 2002.

Bijlage 1 – Interviewschema's

Interviewschema voor inwoners Dinkelland

Interviewnummer en datum:

Voorstellen en alvast bedanken voor tijd.

Introductie:

Dit onderzoek is onderdeel van mijn bacheloropleiding gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en ik doe dit onderzoek in opdracht van bureau Acute Zorg Euregio.

In dit onderzoek wil ik onderzoeken hoe de inwoners van het grensgebied met Duitsland denken over een acute ziekenhuisopname. Ik zal u een aantal vragen stellen over uw ideeën, meningen en afwegingen bij de keuze tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen. U mag alles vertellen waar u aan denkt bij mijn vraag. Soms zal ik doorvragen op de antwoorden die u geeft om meer informatie te achterhalen. Ik zal af en toe op een papier voor mij kijken, daar staan richtlijnen op zodat ik in de gaten kan houden dat we alles bespreken. Het is belangrijk te weten dat het gaat om uw mening, er zijn dus geen goede of foute antwoorden mogelijk. Het interview zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Is het een probleem wanneer we eventueel iets uitlopen?

Alles wat u tijdens het interview vertelt wordt alleen gebruikt voor dit onderzoek en zal niet worden gedeeld met mensen buiten de onderzoeksgroep. Daarnaast zal uw naam nergens gebruikt worden, zodat uw antwoorden niet naar u terug te leiden zijn. Graag wil ik u vragen of ik het interview mag opnemen, zodat ik niet mee hoeft te schrijven. Wanneer alle resultaten verwerkt zijn zullen de geluidsopnamen worden verwijderd.

U heeft op de toestemmingsverklaring uw toestemming gegeven voor dit interview, heeft u voor we het interview starten nog vragen die u eerst wil stellen?

Openingsvragen: Persoonskenmerken.

Geslacht: M/V (Vooraf ingevuld)

Leeftijd: ...

Woonplaats: ...

Ik ga u eerst even wat informatie geven over een voorbeeld van een acute zorgvraag:

Een beroerte is een voorbeeld van een acute zorgvraag. Bij een beroerte sluit een bloedpropje een bloedvat in de hersenen af. Elke minuut dat er geen bloed naar de hersenen kan stromen, sterven er miljoenen hersencellen. Een zo snel mogelijke start van een behandeling, na de eerste verschijnselen van de aandoeningen, is dus van belang.

In dit interview wil ik graag weten wat uw mening en voorkeuren zijn over de acute ziekenhuisopname, wanneer u in de toekomst mogelijk een beroerte overkomt.

Thema's	Sub thema's	Beginvraag
1. Onderliggende redenen voorkeur	Perceptie ziekenhuis NL	Wat is voor u het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis? <ul style="list-style-type: none"> - Wat weet u van dit ziekenhuis? - Hoe komt u aan deze kennis?
	Perceptie ziekenhuis DE	Wat is voor u het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis? <ul style="list-style-type: none"> - Wat weet u van dit ziekenhuis? - Hoe komt u aan deze kennis?
	Voorkeur, onderliggende redenen	In geval van een <u>beroerte</u> , in welk ziekenhuis zou u dan willen worden behandeld en waarom kiest u hiervoor? <ul style="list-style-type: none"> - Zijn er nog meer redenen voor u om hiervoor te kiezen? <p>Wat vindt u het belangrijkste aan een ziekenhuis wanneer u een <u>beroerte</u> overkomt en waarom?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u niet belangrijk aan het ziekenhuis en waarom niet?
2. Ziekenhuis-kenmerken	Afstand tot ziekenhuis	Stel dat uw huisarts of het ambulancepersoneel, als ze denken dat u misschien een beroerte heeft, u naar de EUREGIO-kliniek in Nordhorn brengt, wat vindt u hier dan van? (eventueel achtergrondinfo) <p>* Doorvragen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dichtbij vrienden en familie? <p>* Doorvragen ...</p>
	Kwaliteit van de behandeling	Wat is uw beeld (wat vindt u) over de kwaliteit van behandelingen in een Duits ziekenhuis? <p>Medische kwaliteit? Service? **</p> <p>* Doorvragen ...</p> <p>Stel: De behandeling van een beroerte in Duitsland voldoet aan de Nederlandse medisch inhoudelijke kwaliteitseisen. ***</p>
	Taalverschillen	Denkt u dat u goed kan communiceren (praten) met de artsen en verplegers in een Duits ziekenhuis? Taalverschil? <ul style="list-style-type: none"> - In het Nederlands communiceren belangrijk? <p>* Doorvragen ...</p>
	Cultuurverschillen	Wat is uw beeld (wat vindt u) over de cultuur binnen een Duits ziekenhuis? <ul style="list-style-type: none"> - Denkt u het dat een zorgverlener in Duitsland op dezelfde manier omgaat met een patiënt als een zorgverlener in Nederland? <p>* Doorvragen ...</p>
	Kosten	Bent u op de hoogte van de vergoeding van de kosten van de behandeling van een beroerte in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen? Verschil vergoeding NL / DE? ** <p>* Doorvragen ...</p> <p>Stel: De behandeling in het Duitse ziekenhuis wordt volledig vergoed door de verzekering. ***</p>

Achtergrond afstand tot ziekenhuizen:

De EUREGIO-kliniek in Nordhorn is gemiddeld 10 km ver weg, het MST in Enschede is gemiddeld 20 km ver weg en het ZGT in Almelo is ook gemiddeld 20 km ver weg. De EUREGIO-kliniek is dus in vergelijking met de Nederlandse ziekenhuizen gemiddeld 10 km dichterbij. U bent een kwartier sneller in de EUREGIO-kliniek in vergelijking met de Nederlandse ziekenhuizen.

*** Doorvragen:**

Hoe belangrijk vindt u *het ziekenhuiskenmerk*?

Waarom vindt u dat wel/niet belangrijk?

Heeft u nog meer redenen waarom u dat vindt?

In hoeverre weegt dit op tegen *ander ziekenhuiskenmerk*?

**** Geen/weinig informatie:**

U heeft dus weinig informatie over de kwaliteit/kosten van de behandeling in Duitsland, zou u dat ervan weerhouden om in een Duits ziekenhuis behandeld te worden?

Waarom wel/niet?

***** Na stelling:**

Wat vindt u hiervan?

Verandert dit uw voorkeur voor het ziekenhuis?

Waarom is het wel/niet belangrijk?

(Wanneer er twijfel ontstaat, aangeven dat stelling overeenkomt met de werkelijkheid.)

Afrondende vragen:

- Hoe heeft u dit interview ervaren?
- Heeft u nog toevoegingen/opmerkingen/vragen?
- Mocht ik nog vragen hebben na het interview, zou ik u dan mogen bellen? (of eventueel mailen)
- Wilt u een samenvatting van de resultaten uit het onderzoek?

Informatie geven over de grensoverschrijdende samenwerking.

Bedanken voor het interview.

Interviewschema voor inwoners Oost-Achterhoek

Interviewnummer en datum:

Voorstellen en alvast bedanken voor tijd.

Introductie:

Dit onderzoek is onderdeel van mijn bacheloropleiding gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en ik doe dit onderzoek in opdracht van bureau Acute Zorg Euregio.

In dit onderzoek wil ik onderzoeken hoe de inwoners van het grensgebied met Duitsland denken over een acute ziekenhuisopname. Ik zal u een aantal vragen stellen over uw ideeën, meningen en afwegingen bij de keuze tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen. U mag alles vertellen waar u aan denkt bij mijn vraag. Soms zal ik doorvragen op de antwoorden die u geeft om meer informatie te achterhalen. Ik zal af en toe op een papier voor mij kijken, daar staan richtlijnen op zodat ik in de gaten kan houden dat we alles bespreken. Het is belangrijk te weten dat het gaat om uw mening, er zijn dus geen goede of foute antwoorden mogelijk. Het interview zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Is het een probleem wanneer we eventueel iets uitlopen?

Alles wat u tijdens het interview vertelt wordt alleen gebruikt voor dit onderzoek en zal niet worden gedeeld met mensen buiten de onderzoeksgroep. Daarnaast zal uw naam nergens gebruikt worden, zodat uw antwoorden niet naar u terug te leiden zijn. Graag wil ik u vragen of ik het interview mag opnemen, zodat ik niet mee hoeft te schrijven. Wanneer alle resultaten verwerkt zijn zullen de geluidsopnamen worden verwijderd.

U heeft op de toestemmingsverklaring uw toestemming gegeven voor dit interview, heeft u voor we het interview starten nog vragen die u eerst wil stellen?

Openingsvragen: Persoonskenmerken.

Geslacht: M/V (Vooraf ingevuld)

Leeftijd: ...

Woonplaats: ...

Ik ga u eerst even wat informatie geven over een voorbeeld van een acute zorgvraag:

Een hartinfarct is een voorbeeld van een acute zorgvraag. Bij een hartinfarct raakt een bloedvat van het hart plotseling afgesloten. Het deel van het hart dat achter de verstopping ligt, krijgt geen zuurstof meer en raakt beschadigd. Een zo snel mogelijke start van een behandeling, na de eerste verschijnselen van de aandoeningen, is dus van belang.

In dit interview wil ik graag weten wat uw mening en voorkeuren zijn over de acute ziekenhuisopname, wanneer u in de toekomst mogelijk een hartinfarct overkomt.

Thema's	Sub thema's	Beginvraag
1. Onderliggende redenen voorkeur	Perceptie ziekenhuis NL	Wat is voor u het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis? - Wat weet u van dit ziekenhuis? - Hoe komt u aan deze kennis?
	Perceptie ziekenhuis DE	Wat is voor u het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis? - Wat weet u van dit ziekenhuis? - Hoe komt u aan deze kennis?
	Voorkeur, onderliggende redenen	In geval van een <u>hartinfarct</u> , in welk ziekenhuis zou u dan willen worden behandeld en waarom kiest u hiervoor? - Zijn er nog meer redenen voor u om hiervoor te kiezen? Wat vindt u het belangrijkste aan een ziekenhuis wanneer u een <u>hartinfarct</u> overkomt en waarom? - Wat vindt u niet belangrijk aan het ziekenhuis en waarom niet?
2. Ziekenhuis-kenmerken	Afstand tot ziekenhuis	Stel dat uw huisarts of het ambulancepersoneel, als ze denken dat u misschien een hartinfarct heeft, u naar Het St. Agnes-Hospital in Bocholt brengt, wat vindt u hier dan van? (eventueel achtergrondinfo) * Doorvragen ... - Dichtbij vrienden en familie? * Doorvragen ...
	Kwaliteit van de behandeling	Wat is uw beeld (wat vindt u) over de kwaliteit van behandelingen in een Duits ziekenhuis? Medische kwaliteit? Service? ** * Doorvragen ... Stel: De behandeling van een hartinfarct in Duitsland voldoet aan de Nederlandse medisch inhoudelijke kwaliteitseisen. ***
	Taalverschillen	Denkt u dat u goed kan communiceren (praten) met de artsen en verplegers in een Duits ziekenhuis? Taalverschil? - In het Nederlands communiceren belangrijk? * Doorvragen ...
	Cultuurverschillen	Wat is uw beeld (wat vindt u) over de cultuur binnen een Duits ziekenhuis? - Denkt u het dat een zorgverlener in Duitsland op dezelfde manier omgaat met een patiënt als een zorgverlener in Nederland? * Doorvragen ...
	Kosten	Bent u op de hoogte van de vergoeding van de kosten van de behandeling van een hartinfarct in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen? Verschil vergoeding NL / DE? ** * Doorvragen ... Stel: De behandeling in het Duitse ziekenhuis wordt volledig vergoed door de verzekering. ***

Achtergrond afstand tot ziekenhuizen:

Het St. Agnes-Hospital in Bocholt is gemiddeld 15 km ver weg en het MST in Enschede is gemiddeld 40 km ver weg. Het St. Agnes-Hospital is dus in vergelijking met het Nederlandse ziekenhuis gemiddeld 25 km dichterbij. U bent een half uur sneller in het St. Agnes-Hospital in vergelijking met het Nederlandse ziekenhuis.

*** Doorvragen:**

Hoe belangrijk vindt u *het ziekenhuiskenmerk*?

Waarom vindt u dat wel/niet belangrijk?

Heeft u nog meer redenen waarom u dat vindt?

In hoeverre weegt dit op tegen *ander ziekenhuiskenmerk*?

**** Geen/weinig informatie:**

U heeft dus weinig informatie over de kwaliteit/kosten van de behandeling in Duitsland, zou u dat ervan weerhouden om in een Duits ziekenhuis behandeld te worden?

Waarom wel/niet?

***** Na stelling:**

Wat vindt u hiervan?

Verandert dit uw voorkeur voor het ziekenhuis?

Waarom is het wel/niet belangrijk?

(Wanneer er twijfel ontstaat, aangeven dat stelling overeenkomt met de werkelijkheid.)

Afrondende vragen:

- Hoe heeft u dit interview ervaren?
- Heeft u nog toevoegingen/opmerkingen/vragen?
- Mocht ik nog vragen hebben na het interview, zou ik u dan mogen bellen? (of eventueel mailen)
- Wilt u een samenvatting van de resultaten uit het onderzoek?

Informatie geven over de grensoverschrijdende samenwerking.

Bedanken voor het interview.

Bijlage 2 – Codeboek

1. Persoonskenmerken

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Leeftijd	50-100	Deductief
Woonplaats	Plaats waar de respondent woont	Deductief
Bezigheden dagelijks leven	Werk/taken/bezigheden respondent	Inductief
Fietsen	Werk/taken/bezigheden respondent	Inductief
Werk	Werk/taken/bezigheden respondent	Inductief
In de zorg	Werk/taken/bezigheden respondent	Inductief
Vrijwilligerswerk	Werk/taken/bezigheden respondent	Inductief

2. De aandoening

2.1 Een beroerte

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Perceptie beroerte	Perceptie over een beroerte	Deductief
Geen informatie beroerte	Geen informatie over een beroerte	Deductief
Ervaring van anderen beroerte	Ervaring van anderen met een beroerte	Inductief

2.2 Een hartinfarct

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Perceptie hartinfarct	Perceptie over een hartinfarct	Deductief
Geen informatie hartinfarct	Geen informatie over een hartinfarct	Deductief
Eigen ervaring hartinfarct	Eigen ervaring met een hartinfarct	Inductief
Ervaring van anderen hartinfarct	Ervaring van anderen met een hartinfarct	Inductief

3. Factoren

3.1 De toegankelijkheid van het ziekenhuis

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Geen informatie afstand Nederland	Geen informatie over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Nederlands(e) ziekenhui(s)(zen)	Inductief
Verkeerde informatie afstand Nederland	Verkeerde informatie over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Nederlands(e) ziekenhui(s)(zen)	Inductief

Perceptie afstand Nederland	Perceptie over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Nederlands(e) ziekenhui(s)(zen)	Deductief
Geen informatie afstand Duitsland	Geen informatie over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis	Deductief
Geen informatie ontvangen	Geen informatie ontvangen over de Duitse ziekenhuizen	Inductief
Verkeerde informatie afstand Duitsland	Verkeerde informatie over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis	Inductief
Perceptie afstand Duitsland	Kennis over de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis	Deductief
Informatie ontvangen	Informatie ontvangen over de Duitse ziekenhuizen	Inductief
Informatie opgezocht	Informatie opgezocht over de Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie afstand Duitsland korter	Perceptie dat afstand tot ziekenhuis Duitsland korter is	Deductief
Perceptie afstand Duitsland even lang	Perceptie dat afstand tot ziekenhuis Duitsland even lang is	Deductief
Perceptie afstand Duitsland langer	Perceptie dat afstand tot ziekenhuis Duitsland langer is	Deductief
Afstand belangrijk	Afstand tot ziekenhuis is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Afstand onbelangrijk	Afstand tot ziekenhuis is niet belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Perceptie sneller in Duitsland	Perceptie dat tijdsduur van vervoer naar ziekenhuis Duitsland korter is	Inductief
Perceptie even snel in Duitsland	Perceptie dat tijdsduur van vervoer naar ziekenhuis Duitsland even lang is	Inductief
Perceptie minder snel in Duitsland	Perceptie dat tijdsduur van vervoer naar ziekenhuis Duitsland langer is	Inductief
Snelheid belangrijk	Tijdsduur van vervoer naar ziekenhuis is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Inductief
Aankomst van ambulance	Tijdsduur van aankomst van ambulance is belangrijk	Inductief
Snelheid niet het belangrijkste	Tijdsduur van vervoer naar ziekenhuis is niet het belangrijkste bij de keuze voor het ziekenhuis	Inductief
Perceptie bereikbaarheid Duitsland	Perceptie over de bereikbaarheid van het Duitse ziekenhuis	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de bereikbaarheid van het Duitse ziekenhuis	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de bereikbaarheid van het Duitse ziekenhuis	Inductief

OV	Perceptie over bereikbaarheid van Duitse ziekenhuis met het openbaar vervoer	Inductief
OV: Negatief	Negatieve perceptie over bereikbaarheid van Duitse ziekenhuis met het openbaar vervoer	Inductief
OV: Onbelangrijk	Bereikbaarheid van Duitse ziekenhuizen met het openbaar vervoer is niet belangrijk bij de voorkeur voor een ziekenhuis	Inductief
Perceptie bereikbaarheid Nederland	Perceptie over de bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
OV	Perceptie over bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen met het openbaar vervoer	Inductief
OV: Positief	Positieve perceptie over bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen met het openbaar vervoer	Inductief
Perceptie afstand familie	Perceptie over de afstand tot familie en/of vrienden	Deductief
Onbelangrijk	Afstand tot familie en/of vrienden is niet belangrijk bij de voorkeur voor een ziekenhuis	Deductief

3.2 De kwaliteit van zorg

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Geen informatie kwaliteit Duitsland	Geen informatie over de kwaliteit van zorg in Duitse ziekenhuizen	Deductief
Geen informatie kwaliteit Nederland	Geen informatie over de kwaliteit van zorg in Nederlands ziekenhuizen	Inductief
Perceptie kwaliteit Duitsland	Perceptie over de kwaliteit van zorg in Duitsland	Deductief
Positief	Positieve perceptie over de kwaliteit van zorg in Duitsland	Deductief
Negatief	Negatieve perceptie over de kwaliteit van zorg in Duitsland	Deductief
Perceptie kwaliteit Nederland	Perceptie over de kwaliteit van zorg in Nederland	Deductief
Positief	Positieve perceptie over de kwaliteit van zorg in Nederland	Deductief
Negatief	Negatieve perceptie over de kwaliteit van zorg in Nederland	Deductief
Kwaliteit belangrijk	De kwaliteit van zorg is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Continuïteit	De continuïteit van zorg is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Inductief

Kwaliteit onbelangrijk	De kwaliteit van zorg is niet belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Geen informatie nazorg Duitsland	Geen informatie over de nazorg in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Belangrijk	Geen informatie over de nazorg in Duitse ziekenhuizen is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Inductief
Perceptie nazorg Duitsland	Perceptie over de nazorg in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de nazorg in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de nazorg in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie nazorg Nederland	Perceptie over de nazorg in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de nazorg in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Belangrijk	De nazorg in Nederlandse ziekenhuizen is belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Inductief
Perceptie euthanasie Duitsland	Perceptie over euthanasie in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over euthanasie in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over euthanasie in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie euthanasie Nederland	Perceptie over euthanasie in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over euthanasie in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie service Duitsland	Perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie service Nederland	Perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de vriendelijkheid van het personeel in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Service belangrijk	De vriendelijkheid van het personeel in Nederlandse ziekenhuizen is belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Inductief
Service Onbelangrijk	De vriendelijkheid van het personeel in Nederlandse ziekenhuizen is niet belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Inductief

Perceptie communicatie Nederland	Perceptie over de communicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de communicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de communicatie binnen Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie communicatie Duitsland	Perceptie over de communicatie binnen Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de communicatie binnen Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie hygiëne Nederland	Perceptie over de hygiëne in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de hygiëne in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie hygiëne Duitsland	Perceptie over de hygiëne in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de hygiëne in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie kamerindeling Nederland	Perceptie over de kamerindeling in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de kamerindeling in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de kamerindeling in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie kamerindeling Duitsland	Perceptie over de kamerindeling in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de kamerindeling in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de kamerindeling in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Kamerindeling onbelangrijk	De kamerindeling is niet belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Inductief
Perceptie bezoeken Nederland	Perceptie over de bezoeken in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de bezoeken in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie bezoeken Duitsland	Perceptie over de bezoeken in Duitse ziekenhuizen	Inductief

Negatief	Negatieve perceptie over de bezoeken in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie parkeren Nederlands ziekenhuis	Perceptie over het parkeren bij Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over het parkeren bij Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over het parkeren bij Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie wachttijden Duitsland	Perceptie over de wachttijden in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de wachttijden in Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie wachttijden Nederland	Perceptie over de wachttijden in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de wachttijden in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de wachttijden in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie bezetting Nederland	Perceptie over de bezetting van personeel in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de bezetting van personeel in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie Capaciteit Duitsland	Perceptie over de capaciteit van Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de capaciteit van Duitse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie Capaciteit Nederland	Perceptie over de capaciteit van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de capaciteit van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie reputatie Nederland	Perceptie over de reputatie van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de reputatie van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de reputatie van Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie reputatie Duitsland	Perceptie over de reputatie van Duitse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie over de reputatie van Duitse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie over de reputatie van Duitse ziekenhuizen	Inductief

Reputatie belangrijk	De reputatie van het ziekenhuis is belangrijk bij de voorkeur voor een ziekenhuis	Inductief
Leeftijd	De reputatie van het ziekenhuis wordt belangrijker naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt	Inductief

3.3 Het taalverschil

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Perceptie taalverschil belemmering	Perceptie dat taalverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen een belemmering is	Deductief
Beheerst de Duitse taal niet goed	Perceptie dat taalverschil een belemmering is doordat degene de Duitse taal niet goed beheerst	Inductief
Voorkeur voor Nederlandse taal	Perceptie dat taalverschil een belemmering is doordat communiceren in de Nederlandse taal in een acute situatie beter is	Inductief
Vaktermen	Perceptie dat taalverschil een belemmering is doordat vaktermen in de Duitse taal niet te begrijpen zijn.	Inductief
Perceptie taalverschil geen belemmering	Perceptie dat taalverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen geen belemmering is	Deductief
Beheerst de Duitse taal goed	Perceptie dat taalverschil geen belemmering is doordat degene de Duitse taal goed beheerst	Inductief
Tolk aanwezig	Perceptie dat taalverschil geen belemmering is doordat er een tolk aanwezig is	Inductief
Nederlands sprekende zorgverleners	Perceptie dat taalverschil geen belemmering is doordat er Nederlands sprekende zorgverleners aanwezig zijn	Inductief
Taalverschil belangrijk	Taalverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen is belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Taalverschil onbelangrijk	Taalverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen is niet belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief

3.4 Het cultuurverschil

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Perceptie cultuurverschil aanwezig	Perceptie dat cultuurverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen aanwezig is	Deductief
Perceptie cultuurverschil niet aanwezig	Perceptie dat cultuurverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen niet aanwezig is	Deductief
Samenwerking	Perceptie dat cultuurverschil niet aanwezig is door de samenwerking tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen	Inductief

Cultuurverschil onbelangrijk	Cultuurverschil tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen is niet belangrijk bij de keuze voor het ziekenhuis	Deductief
Perceptie hiërarchie aanwezig in Duitsland	Perceptie dat er meer hiërarchie aanwezig is in de Duitse ziekenhuizen, dan in de Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie dat er meer hiërarchie aanwezig is in de Duitse ziekenhuizen, dan in de Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Neutraal	Neutrale perceptie dat er meer hiërarchie aanwezig is in de Duitse ziekenhuizen, dan in de Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Negatief	Negatieve perceptie dat er meer hiërarchie aanwezig is in de Duitse ziekenhuizen, dan in de Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Perceptie formeler/pünktlicher in Duitsland	Perceptie dat de werkwijze in Duitse ziekenhuizen formeler en pünktlicher is, dan in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Positief	Positieve perceptie dat de werkwijze in Duitse ziekenhuizen formeler en pünktlicher is, dan in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief

3.5 De kosten van de behandeling

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Geen informatie kosten Duitsland	Geen informatie over de vergoeding van de behandeling in Duitsland	Deductief
Belangrijk	Geen informatie over de vergoeding van de behandeling in Duitsland is belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief
Onbelangrijk	Geen informatie over de vergoeding van de behandeling in Duitsland is niet belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief
Perceptie kosten vergoed	Perceptie dat de kosten van de behandeling in Duitsland vergoed worden	Deductief
Perceptie kosten niet vergoed	Perceptie dat de kosten van de behandeling in Duitsland niet vergoed worden	Deductief
Perceptie kosten afhankelijk van verzekering	Perceptie dat de kosten van de behandeling in Duitsland afhankelijk zijn van de verzekering die je hebt	Inductief
Kosten belangrijk	De kosten van de behandeling zijn belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief
Kosten onbelangrijk	De kosten van de behandeling zijn niet belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief

4. Overige factoren

4.1 De onbekendheid van het ziekenhuis

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Geen ervaring Nederlands ziekenhuis	Geen ervaring gehad met een behandeling in een Nederlands ziekenhuis	Inductief

Geen ervaring Duits ziekenhuis	Geen ervaring gehad met een behandeling in een Duits ziekenhuis	Inductief
Geen informatie afstand Nederland	Geen informatie over het bestaan van, de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Nederlands(e) ziekenhui(s)(zen)	Inductief
Geen informatie afstand Duitsland	Geen informatie over het bestaan van, de afstand tot of de mogelijkheid tot verwijzing naar dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis	Deductief
Geen informatie ontvangen	Geen informatie ontvangen over Duitse ziekenhuizen	Inductief
Geen informatie kwaliteit Duitsland	Geen informatie over de kwaliteit van zorg in Duitse ziekenhuizen	Deductief
Geen informatie kwaliteit Nederland	Geen informatie over de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen	Inductief
Onbekendheid Belangrijk	Geen informatie over de kwaliteit van zorg is belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief
Onbekendheid onbelangrijk	Geen informatie over de kwaliteit van zorg is niet belangrijk bij de voorkeur voor het ziekenhuis	Deductief

4.2 Het verwijzen

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Perceptie over verwijzen	Perceptie over het verwijzen naar een Nederlands of Duits ziekenhuis	Inductief
Geen vertrouwen	Heeft er geen vertrouwen in dat de verwijzers het juiste doen	Inductief
Vertrouwen	Heeft er vertrouwen in dat de verwijzers het juiste doen	Inductief
Zelf geen inspraak	Heeft de perceptie dat degene zelf geen inspraak heeft bij het verwijzen	Inductief

5. Voorkeur voor een ziekenhuis

<i>Code</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Type</i>
Voorkeur Nederlands ziekenhuis	Voorkeur voor een Nederlands ziekenhuis	Deductief
Voorkeur Duits ziekenhuis	Voorkeur voor een Duits ziekenhuis	Deductief
Onzeker over voorkeur	Onzekerheid over voorkeur voor Nederlands of Duits ziekenhuis	Inductief
Geen voorkeur voor Nederlands of Duits ziekenhuis	Geen voorkeur voor een Nederlands of Duits ziekenhuis	Inductief

Bijlage 3 – Overzicht belangrijkste uitkomsten per respondent

Tabel 3: Belangrijkste uitkomsten per respondent

	<i>1^e voorkeur en belangrijke factor(en)</i>	<i>Overige overtuigingen</i>	<i>Uiteindelijke voorkeur en belangrijke factor(en)</i>
R1	Nederland: - Taalverschil is een belemmering	- Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Service Nederland negatief - Service Duitsland positief - Meer hiërarchie in Duitsland en dat is positief - Kosten worden vergoed - Geen vertrouwen in verwijzer - Voorzichtiger met euthanasie in Duitsland en dat is positief	Duitsland: - Voelt vertrouwder en veiliger - Tijdsduur tot behandeling belangrijk
R2	Nederland: - Onwetendheid zorg Duitsland en ziekenhuizen Duitsland - Kosten worden niet vergoed - Kwaliteit Duitsland minder goed	- Onwetendheid over mogelijkheid tot verwijzen - Bereikbaarheid MST negatief - Bereikbaarheid ZGT positief - Tijdsduur tot behandeling niet het belangrijkste - Taalverschil geen belemmering - Nazorg Duitsland is beter geregeld en dat is positief - Duitse zorg formeler en dat is positief - Vindt het belangrijk dat de grensbewoner beter geïnformeerd wordt	Nederland: - Onwetendheid zorg Duitsland en ziekenhuizen Duitsland
R3	Nederland: - Kwaliteit Duitsland minder goed - Taalverschil is een belemmering - Kosten worden niet vergoed	- Negatieve ervaring van anderen invloed op overtuiging kwaliteit Duitsland, ondanks andere positieve ervaringen - Nazorg Duitsland is langer en dat is positief	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Zou instemmen met keuze van verwijzer
R4	Nederland: - Kwaliteit Nederland positief - Onwetendheid zorg Duitsland en ziekenhuizen Duitsland - Taalverschil is een belemmering	- Zelf geen inspraak bij verwijzen - Nazorg Duitsland is langer - Samenwerking tussen Nederland en Duitsland wordt steeds beter - Kosten worden niet vergoed - Kosten zijn onbelangrijk - Tijdsduur tot behandeling niet het belangrijkste	Nederland: - Kwaliteit Nederland positief - Onwetendheid zorg Duitsland en ziekenhuizen Duitsland. - Zou instemmen met keuze van verwijzer. - Vertrouwen in verwijzer.
R5	Nederland: - Continuïteit van zorg is belangrijk	- Taalverschil onbelangrijk - Kwaliteit gelijkwaardig - Kosten worden vergoed - Samenwerking tussen Nederland en Duitsland is goed	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Zou instemmen met keuze van verwijzer. - Vertrouwen in verwijzer.
R6	Nederland: - Taalverschil is een belemmering	- Kwaliteit gelijkwaardig - Service Duitsland positief - Service Nederland negatief - Bereikbaarheid MST negatief - Bereikbaarheid Nordhorn positief - Meer hiërarchie in Duitsland - Kosten worden niet vergoed	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk

R7	Nederland: - Kwaliteit Nederland positief - Tijdsduur tot behandeling even lang - Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Onwetendheid ziekenhuizen Duitsland	- Kwaliteit gelijkwaardig - Taalverschil geen belemmering - Kosten worden vergoed - Vindt het belangrijk dat de grensbewoner beter geïnformeerd wordt - Geen cultuurverschil aanwezig	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk
R8	Nederland: - Nazorg in Nederland belangrijk. - Onwetendheid zorg Duitsland.	- Service Nederland negatief - Service Duitsland positief - Nazorg Duitsland is beter geregeld - Meer hiërarchie aanwezig in Duitsland en dat is positief - Duitse zorg formeler en dat is positief - Taalverschil onbelangrijk - Kwaliteit gelijkwaardig - Kosten worden niet vergoed - Kosten onbelangrijk	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk
R9	Nederland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk	- Taalverschil geen belemmering - Bereikbaarheid MST positief - Bereikbaarheid Bocholt negatief - Kwaliteit gelijkwaardig - Kosten worden vergoed - Meer hiërarchie in Duitsland - Tijdsduur tot behandeling belangrijk	Nederland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Zou instemmen met keuze van verwijzer - Vertrouwen in verwijzer
G1	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk	- Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Langere nazorg in Duitsland - Kwaliteit gelijkwaardig - Taalverschil onbelangrijk - Duitse zorg formeler - Service Duitsland positief - Voor- en nadelen bezoeken - Voor- en nadelen kamerindeling - Kosten worden vergoed - Bereikbaarheid MST negatief - Bereikbaarheid ZGT positief	Duitsland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk
G2	Nederland: - Tijdsduur tot behandeling belangrijk - Taalverschil is een belemmering - Kosten worden niet vergoed	- Bereikbaarheid MST positief - Bereikbaarheid Bocholt negatief - Bereikbaarheid OV MST positief - Bereikbaarheid OV Bocholt negatief - Zelf geen inspraak bij verwijzen - Kwaliteit belangrijk - Kwaliteit gelijkwaardig - Meer hiërarchie in Duitsland en dat is positief - Duitse zorg formeler en dat is positief	Nederland: - Kwaliteit Nederland positief - Onwetendheid zorg Duitsland en ziekenhuizen Duitsland - Bereikbaarheid Nederland positief - Zou instemmen met keuze van verwijzer - Vertrouwen in verwijzer